



Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible **PANAMÁ 2019**

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS





FINCA EN VENTA FINCA ALPINO
TAMAÑO: 200 METROS CUADROS
PULCR: 100 METROS CUADROS
MÁS: 2 METROS CUADROS
PRECIO: 100.000.000

Autoría

Coordinación

Dr. Gerardo Alfaro Cantón, *Representante de la OPS en Panamá*

Equipo Técnico

Econ. Alejandra Carrillo Roa, *Asesora de Sistemas y Servicios de Salud de OPS en Panamá*

Lic. Cristina Ulloa, *Consultora de OPS en Panamá*

Dr. Oscar Mujica, *Asesor Regional en Epidemiología Social*

Dra. Claudia Moreno, *Consultora Regional en Epidemiología Social*

Diagramación y Fotografía

Lic. Gerardo Cárdenas



Presentación

El Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible (ENESS) Panamá 2019 pretende medir y analizar las desigualdades interprovinciales en salud en el país y crear una línea base que permita monitorear los avances en la disminución de las brechas que separan a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad social de aquellas socialmente menos desaventajadas. El estudio parte de la premisa de que las desigualdades en salud no son resultado exclusivo de un periodo de gobierno o de una serie de políticas sanitarias puntuales, sino que las condiciones que determinan la salud de la población tienen sus raíces en estructuras profundas que trascienden los periodos electorales. Sin embargo, se reconoce también que las acciones políticas puntuales pueden tener efectos positivos o negativos en la salud.

El estudio se compone de una serie de análisis exploratorios que buscan conocer la magnitud de las desigualdades en salud y en coberturas y acceso a servicios de salud por etapa del curso de la vida; inicio temprano de la vida; adolescencia y juventud; edad adulta; y adultez mayor, utilizando como unidades analíticas a las provincias y comarcas indígenas que conforman el país.

El documento se divide en seis apartados; una introducción donde se aborda la importancia de analizar la salud poblacional desde la mirada del desarrollo sostenible y con el lente de la equidad; un primer capítulo en el que se presentan algunos indicadores ilustrativos de las dimensiones del desarrollo sostenible en el contexto panameño en relación con los países de la región de América Latina y el Caribe; un segundo capítulo donde se presenta el abordaje metodológico utilizado en la realización del estudio; un tercer capítulo donde se presentan los resultados de las desigualdades sociales en salud en Panamá, el estado actual de las desigualdades en salud y los avances y retrocesos en la búsqueda de la equidad en salud; un cuarto capítulo donde se presenta un breve análisis sobre las acciones del Estado frente a las desigualdades en salud y el desarrollo sostenible y finalmente un quinto capítulo que reúne una serie de retos y oportunidades para lograr la equidad en salud en Panamá, a modo de conclusiones.

Agradecemos el apoyo institucional brindado por el Ministerio de Salud para la obtención de los datos que permitieron la realización del ENESS Panamá 2019 y ponemos el estudio a disposición de las personas e instituciones encargadas de crear los mecanismos para avanzar en el desarrollo sostenible sin dejar a nadie atrás.

Contenido

Presentación	2
Tabla de Figuras	4
Siglas y Acrónimos	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1 Las dimensiones del desarrollo sostenible en el contexto panameño.....	9
Dimensión Ambiental.....	9
Dimensión Económica.....	10
Dimensión Social.....	11
CAPÍTULO 2 Metodología.....	15
El desarrollo sostenible como determinante de la posición social	16
Índice de Desarrollo Sostenible en Panamá 2008-2016.....	17
Marco de indicadores.....	20
Método de análisis	22
CAPÍTULO 3 Desigualdades sociales en salud en Panamá	25
Panorama general de las desigualdades sociales en salud en Panamá 2008-2016.....	27
Análisis del estado actual de las desigualdades sociales en salud; 2016	30
Avances y retrocesos en la búsqueda de la equidad en salud; cambios 2008-2016	42
CAPÍTULO 4 El Estado Panameño frente a las desigualdades y los determinantes sociales de la salud	49
CAPÍTULO 5 Retos para lograr la equidad en salud sostenible en Panamá	55
Anexos.....	60
Bibliografía	66

Tabla de Figuras

Figura 1 Modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud	7
Figura 2 Porcentaje de cobertura de saneamiento mejorado en América Latina y el Caribe 2015	10
Figura 3 Población que utiliza fuentes de agua mejoradas para beber (%) 2015	10
Figura 4 PIB per cápita en países de América Latina (USD): 2018	11
Figura 5 Porcentaje de población en pobreza y pobreza extrema: 2017	11
Figura 6 Ingreso promedio por persona al mes 2010 y 2014	11
Figura 7 Tasa de alfabetización (%) 2010 y 2014	12
Figura 8 Composición del Índice de Desarrollo Sostenible de Panamá	16
Figura 9 Mapa del Desarrollo Sostenible a nivel provincial, Panamá 2008-2016	17
Figura 10 Índice de Desarrollo Sostenible a nivel provincial, Panamá 2008-2016	18
Figura 11 Mapa del Índice de Desarrollo Humano (IDH) por provincia y comarca en Panamá, 2016.	18
Figura 12 Marco de indicadores ENESS Panamá 2019	21
Figura 13 Equiplots: Brechas absolutas de desigualdad social en salud por etapa del curso de vida	28
Figura 14 Referenciamiento promedial de indicadores: desigualdad absoluta (IDP), 2016	30
Figura 15 Referenciamiento promedial de indicadores: desigualdad relativa (ICDS), 2016	30
Figura 16 Panel de referenciamiento promedial de indicadores según provincia y comarca indígena, 2016	36
Figura 17 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de porcentaje población indígena, 2016	38
Figura 18 Referenciamiento promedial de las coberturas provinciales de inmunización con tercera dosis de pentavalente, 2017	40
Figura 19 Referenciamiento distribucional de las coberturas provinciales de inmunización con tercera dosis de pentavalente, 2017	40
Figura 20 Referenciamiento Promedial de Indicadores: cambios en el tiempo (2008 - 2016)	42

Figura 21 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016	44
Figura 22 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016	45
Figura 23 Línea del tiempo de políticas sociales y de salud en Panamá	51
Figura 24 Línea del tiempo de programas sociales y de salud en Panamá	51

Siglas y Acrónimos

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

ENESS: Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible

ICDS: Índice de Concentración de la Desigualdad en Salud

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IDP: Índice de Desigualdad de la Pendiente

IDS: Índice de Desarrollo Sostenible

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

JMP: Joint Monitoring Programme/WHO-UNICEF

MEDUCA: Ministerio de Educación

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MINSA: Ministerio de Salud

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015)

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030)

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Introducción

¿Por qué es importante abordar la salud desde la óptica de la equidad?

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”- Ortega y Gasset

América Latina y el Caribe es reconocida por ser una de las regiones más desiguales del planeta. Las personas socialmente más desaventajadas suelen estar condicionadas por su etnia, género, orientación sexual, discapacidad, estatus migratorio y en la gran mayoría de los casos, por su posición socioeconómica (1). La salud de la población está determinada por las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen (2); por lo tanto, existe una relación intrínseca entre los resultados en salud y el contexto social, económico, político y ambiental. En este sentido, la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, en su informe titulado *“Sociedades Justas: equidad en la salud y vida digna”* afirma que las amenazas al medioambiente, la relación con la tierra, el continuo impacto del colonialismo, el racismo, el pasado de esclavitud y el desarrollo económico excluyente son factores críticos que frenan el avance hacia la meta de alcanzar el grado más alto posible de salud y de tener una vida digna (1).

Por lo tanto, avanzar hacia la equidad en salud significa disminuir las desigualdades injustas -aquellas que son arbitrarias y evitables- en salud y construir las condiciones para que todas las personas logren su máximo potencial humano. La necesidad de trabajar en mejorar la salud de la población con una óptica de equidad ha sido reconocida en diversos foros internacionales y se ha vuelto explícita en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde se plantea el desafío de garantizar una vida sana y bienestar social bajo la consigna de no dejar a nadie atrás (3).

Para lograrlo, se propone repensar la práctica de una salud pública entendida desde el enfoque conceptual de los factores de riesgo, atribuidos en gran medida a la conducta, preferencias y decisiones individuales, y adoptar el modelo de los llamados determinantes sociales de la salud para comprender y atender la interdependencia de los individuos con los contextos en los que desarrollan su vida. Los determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones que determinan el curso de la vida de las personas, por lo que el enfoque asume la inevitable relación entre los resultados en salud y el contexto en el que se desarrollan.

El modelo conceptual de los determinantes de la salud que fundamenta el enfoque analítico del Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible- en adelante ENESS Panamá 2019 -, es el modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, el cual hace explícita la relación entre los determinantes macro sociales; cultura, cambio climático, la política

económica, las migraciones etc., con el contexto socioeconómico y político el cual a su vez determina la posición social, y por lo tanto, la distribución de las oportunidades a la salud y el bienestar de las personas y los colectivos humanos.

Figura 1 Modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: tomado de Mujica O, Moreno C. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". Pan-American journal of public health. 2019

De acuerdo con este modelo conceptual, la posición social determina la distribución de la salud y el bienestar en la población (4), y dicha posición social es determinada a su vez por las fuerzas que gobiernan la distribución del poder, la riqueza y los recursos, es por ello por lo que el ENESS Panamá 2019 define la posición social desde el marco del desarrollo sostenible.

El desarrollo sostenible se define como el concepto de desarrollo que hace explícito el imperativo moral de satisfacer las necesidades humanas asegurando la justicia social y respetando los límites de la naturaleza (5) y se compone de tres dimensiones interconectadas: la económica, la social y la ambiental. En este sentido, la posición social se define por la distribución de los recursos económicos, sociales y ambientales que, en consecuencia, determinan los resultados en salud y el bienestar de la población.

El modelo, entonces, hace explícita la necesidad de la acción política sobre los determinantes de la salud –en especial los sociales, económicos y ambientales- para impactar de manera positiva en la disminución de las desigualdades en salud de manera sostenible y, por lo tanto, en la construcción de sociedades justas y con bienestar, sin dejar a nadie atrás. Así, al visibilizar las relaciones intrínsecas entre los determinantes sociales de la salud y el bienestar, se hace evidente la necesidad urgente de abordar las acciones en salud mediante el trabajo intersectorial coordinado, donde cada ente responsable de la modificación positiva de los determinantes sociales ejerza las acciones necesarias para repercutir sobre la salud poblacional y el bienestar.



CAPÍTULO 1 LAS DIMENSIONES DEL DESARROLLO SOSTENIBLE EN EL CONTEXTO PANAMEÑO

Panamá ha destacado en la región de las Américas durante los últimos años debido a su constante crecimiento económico: 5.6% en el quinquenio 2010-2015 (6), y ha consolidado su liderazgo con el Índice de Desarrollo Humano más alto de Centroamérica, con un promedio nacional de 0.779 en el año 2014 (7).

Sin embargo, desde el enfoque del desarrollo sostenible, el país aún enfrenta grandes retos. A continuación, se describen algunos ejemplos puntuales para cada una de las dimensiones del desarrollo sostenible; ambiental, económico y social que permiten ilustrar la situación de Panamá en relación con la región latinoamericana, así como las desigualdades étnicas y sociales que el país enfrenta hacia el interior.

Dimensión Ambiental

La cobertura de saneamiento se configura como indicador robusto para ilustrar la dimensión ambiental del desarrollo sostenible; de acuerdo con el Joint Monitoring Programme (JMP) de la OMS/UNICEF (8), Panamá aún se encuentra en desventaja frente a otros países de la región (Figura 2).

Además del rezago a nivel regional de cobertura de saneamiento, los retos en la dimensión ambiental del desarrollo sostenible se complejizan cuando existen desigualdades sociales, un ejemplo puntual de ello se encuentra en el acceso a agua de fuentes mejoradas para beber¹; ya que en Panamá, a pesar de que en el año 2015 se alcanzó una cobertura nacional promedio del 95% de cobertura de acceso a agua potable (8), apenas el 67% de la población indígena bebía agua de fuentes mejoradas (Figura 3).

¹ Se entiende por agua de fuentes mejoradas aquella que se encuentra protegida de contaminación del exterior, en particular de materia fecal. Algunos ejemplos de fuentes mejoradas son: conexión domiciliaria de agua corriente, llave o grifo público, pozo o entubado (8).

Figura 2 Porcentaje de cobertura de saneamiento mejorado en América Latina y el Caribe 2015

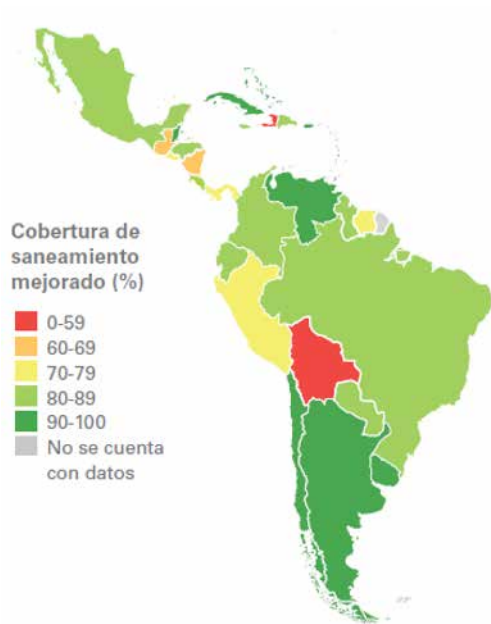
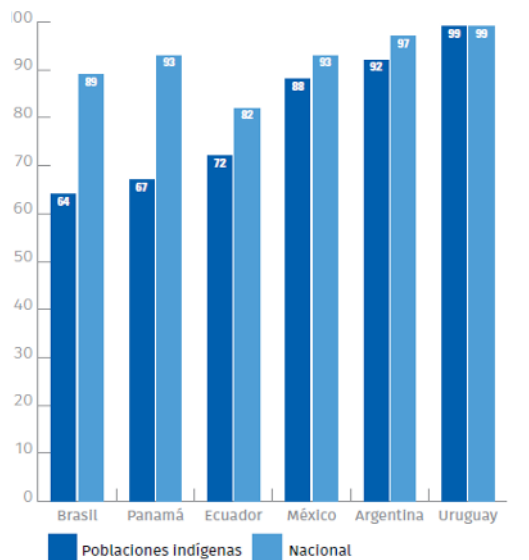


Figura 3 Población que utiliza fuentes de agua mejoradas para beber (%) 2015



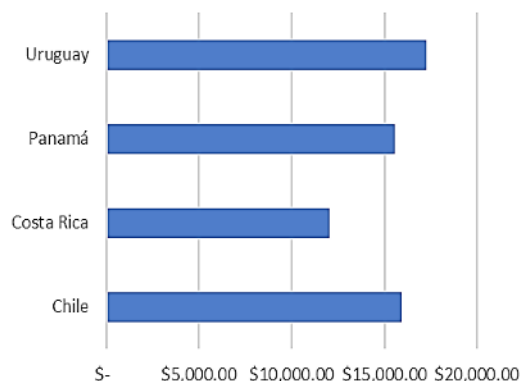
Fuente: tomado de JMP. *Desigualdades en materia de saneamiento y agua potable en América Latina y el Caribe. 2016.*

Dimensión Económica

En el ámbito económico del desarrollo sostenible se hace explícita la necesidad de una distribución de los recursos más equitativa. En este sentido, Panamá es uno de los países con PIB per cápita más altos en América Latina; en el año 2018 se sitúa junto con Chile, Costa Rica y Uruguay entre los países de la región con un PIB per cápita entre los \$12,000 y los \$18,000 USD, muy superior al promedio regional de \$9,023.51USD (9) (Figura 4). Sin embargo, de acuerdo con información del informe de la CEPAL titulado *Panorama Social en América Latina 2018* (10), la situación de pobreza y pobreza extrema de Panamá en relación con los países de la región con los que comparte un PIB per cápita similar, resulta preocupante (Figura 5).

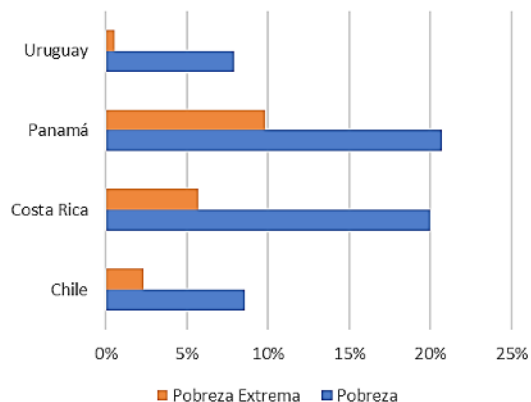


Figura 4 PIB per cápita en países de América Latina (USD): 2018



Fuente: elaboración propia con datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial

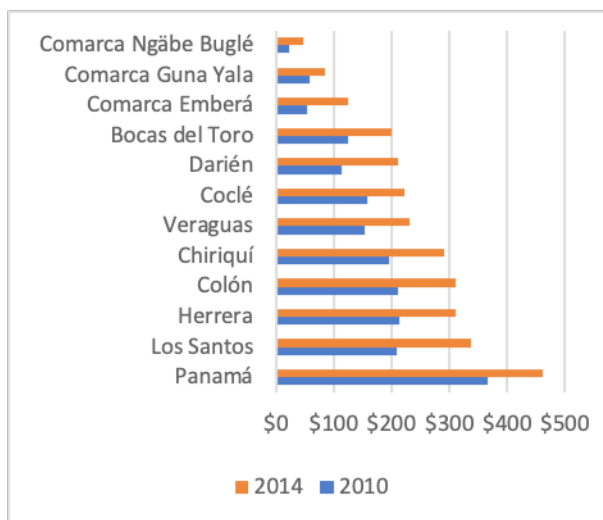
Figura 5 Porcentaje de población en pobreza y pobreza extrema: 2017



Fuente: elaboración propia con datos de CEPAL. Panorama Social de América Latina 2018

En términos de la desigualdad de ingreso hacia el interior del país, a pesar de que el ingreso mensual promedio por persona ha aumentado considerablemente en Panamá entre el 2010 y el 2014, la brecha absoluta entre la provincia con mayores ingresos -Panamá- y la comarca indígena con menores ingresos -Ngäbe Buglé- es de más de \$400 USD (Figura 6).

Figura 6 Ingreso promedio por persona al mes 2010 y 2014



Fuente: elaboración propia con datos de PNUD. Atlas de Desarrollo Humano Local Panamá. 2015

Dimensión Social

En cuanto a la dimensión social del desarrollo sostenible, un ejemplo que ilustra las desigualdades que el país aún enfrenta, es la distribución altamente desigual de la tasa de alfabetización entre las provincias y comarcas indígenas que conforman el país; donde la brecha absoluta entre la provincia de Panamá y la comarca Ngäbe Buglé es cercana a 30 puntos porcentuales (Figura 7).

Los tres indicadores antes descritos son ilustrativos de las profundas desigualdades que el país enfrenta en las tres dimensiones del desarrollo sostenible. De acuerdo con la CEPAL, en Panamá la desigualdad está determinada por los ingresos, las oportunidades de empleo formal, y el desarrollo territorial y étnico, por lo que la pobreza extrema suele concentrarse en zonas rurales e indígenas mientras que el crecimiento y bienestar se concentra en las zonas urbanas (11).

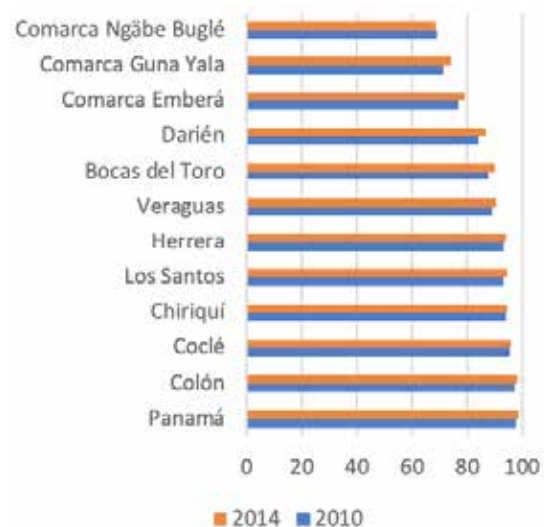
Esta información es consistente con las profundas diferencias que existen entre las comarcas indígenas y las provincias con mayor desarrollo urbano.

La situación de profunda desigualdad en el país es reconocida como una problemática de alta relevancia. Tan es así que en el año 2016 el Ministerio de Salud publicó un informe sobre desigualdades en salud en el cual se concluye que la calidad de salud en la población panameña está profundamente determinada por la estructura social, política y económica y reconoce la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales para realizar análisis con mayor

periodicidad y evaluaciones de las intervenciones en materia de desigualdades (12).

Es por ello por lo que, al documentar y hacer visible la distribución de la salud en el gradiente interprovincial de desarrollo sostenible en el país, el ENESS Panamá 2019 pretende ser un apoyo para la comprensión y el abordaje de las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, a lo largo del curso de la vida y el continuo de la atención en salud y en el marco del desarrollo sostenible.

Figura 7 Tasa de alfabetización (%) 2010 y 2014



Fuente: elaboración propia con datos de PNUD. Atlas de Desarrollo Humano Local Panamá. 2015





CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA

El presente estudio tiene por objetivo medir y analizar las desigualdades sociales en salud a partir de una metodología estándar basada en el modelo de los determinantes de la salud, la cual permite analizar las diferencias de los resultados en salud y del acceso a servicios de salud de la población ordenando las unidades de análisis de acuerdo con su posición social². Para efectos del ENESS, la posición social se define a partir de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental, concentradas en un Índice de Desarrollo Sostenible (IDS), y se utilizan como unidades de análisis las provincias y comarcas indígenas en las que el país se organiza geopolíticamente (12 provincias y comarcas indígenas)³.

Las hipótesis centrales del estudio son:

- La posición social de los territorios se define por el acceso a los recursos económicos, sociales y ambientales.
- La posición social determina la distribución de los resultados en salud en las distintas etapas del curso de la vida.
- La posición social determina las oportunidades para el acceso a los servicios de salud en las distintas etapas del curso de la vida.
- El gradiente social determina el gradiente de salud.



² La posición social es definida a partir de un estratificador de equidad, es decir, de un indicador social que permite ordenar jerárquicamente las unidades de análisis a partir de un criterio definido. Ejemplo: el Índice de Desarrollo Humano (IDH) permite ordenar las provincias desde las menos desarrolladas a las más desarrolladas.

³ El análisis utiliza unidades de análisis constituidas según la división político-administrativa de 2010, previa a la separación de Panamá y Panamá Oeste. La división política utilizada comprende nueve provincias y tres comarcas indígenas.

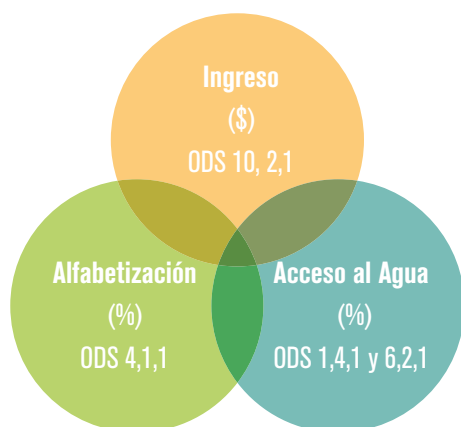
El desarrollo sostenible como determinante de la posición social

Para efectos del ENESS Panamá 2019 y siguiendo al modelo conceptual descrito en las páginas anteriores, se utiliza el Índice de Desarrollo Sostenible (IDS) como estratificador de equidad para determinar la posición social, de cada territorio, compuesto por tres indicadores trazadores de las dimensiones económica (ingreso mensual promedio por persona), social (tasa de alfabetización) y ambiental (cobertura de acceso a agua de fuentes mejoradas) (Figura 8). El IDS, por tanto, permite capturar la multidimensionalidad de los determinantes sociales de la salud en el contexto particular de Panamá.

El proceso de selección de los indicadores que conforman el IDS partió de una revisión exploratoria de la información disponible en el país desagregada a nivel de provincias y comarcas indígenas. Tras la revisión de la información disponible se definieron los indicadores bajo un criterio de fiabilidad de las fuentes de los datos.

El cómputo del IDS sigue un procedimiento estándar análogo al conocido Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y consiste en dos pasos sucesivos. Primero se calcula un índice de dimensión con cada indicador, con el fin de estandarizar sus valores en escalas relativas comparables entre 0 y 1, de la siguiente manera:

Figura 8 Composición del Índice de Desarrollo Sostenible de Panamá



Fuente: elaboración propia

$$\text{Dimensión } I_x = I_x = \frac{\text{valor actual} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

Una vez calculados los índices de cada dimensión, se procede al cálculo de su media geométrica, la cual se obtiene de la siguiente manera:

$$\text{IDS} = (I_e \times I_s \times I_a)^{1/3}$$

Esto quiere decir que el IDS es el promedio geométrico de sus indicadores de dimensión re-escalados.

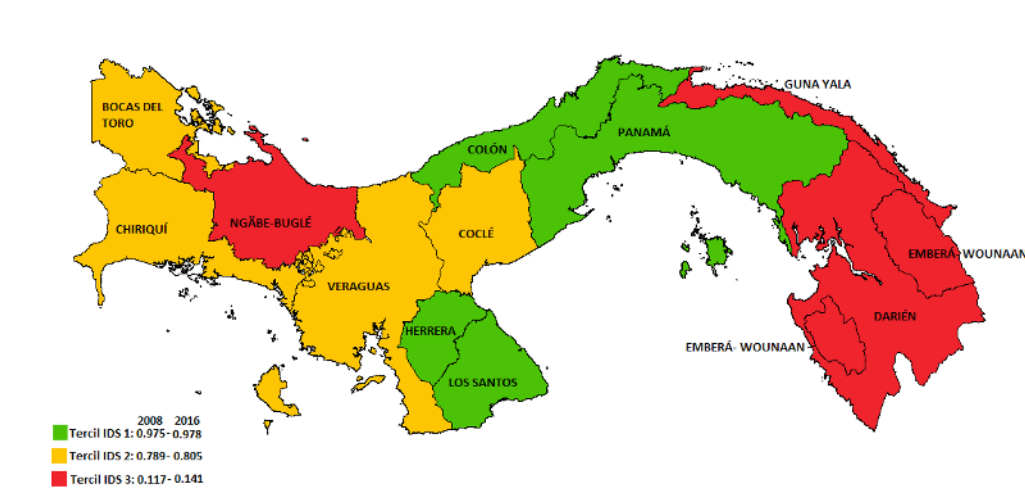
El promedio geométrico tiene importantes ventajas, por un lado, la escalabilidad, pues permite promediar entre indicadores originalmente expresados en unidades de medición totalmente distintas y, por otro lado, la no sustituibilidad, ya que evita que el alto rendimiento en una dimensión compense el bajo

rendimiento en otra. El resultado del IDS para cada provincia y comarca indígena define su posición social en el contexto nacional: cada territorio exhibe un IDS entre 0 y 1; cuanto más cerca de 1 es ese valor, mayor es el grado de desarrollo sostenible de ese territorio en comparación con los demás. Así, el IDS se constituye entonces en un estratificador de equidad idóneo para el análisis de las desigualdades interprovinciales en salud.

Índice de Desarrollo Sostenible en Panamá 2008-2016

El IDS se compone de tres indicadores proxy de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica (ingreso), social (alfabetización), y ambiental (acceso a agua). Su alto poder estratificador permitió ordenar las unidades de análisis (Provincias y Comarcas Indígenas) de acuerdo con el valor del índice de cada territorio estableciendo así, la jerarquía social.

Figura 9 Mapa del Desarrollo Sostenible a nivel provincial, Panamá 2008-2016



Fuente: Elaboración propia a partir del cálculo del IDS

El desarrollo sostenible en Panamá, de acuerdo con el promedio nacional ponderado del IDS, se deterioró entre los años 2008 y 2016 pasando de 0.911 a 0.870. Así mismo, Panamá tiene una distribución desigual del desarrollo sostenible a nivel interprovincial ya que las tres comarcas indígenas exhiben un nivel de desarrollo sostenible muy por debajo del promedio nacional, mientras que los mejores resultados se concentran en las provincias con mayor desarrollo urbano; Panamá, Colón, Herrera y Los Santos. El orden jerárquico entre los territorios panameños se ha mantenido en el tiempo (Figura 9).

Figura 10 Índice de Desarrollo Sostenible a nivel provincial, Panamá 2008-2016

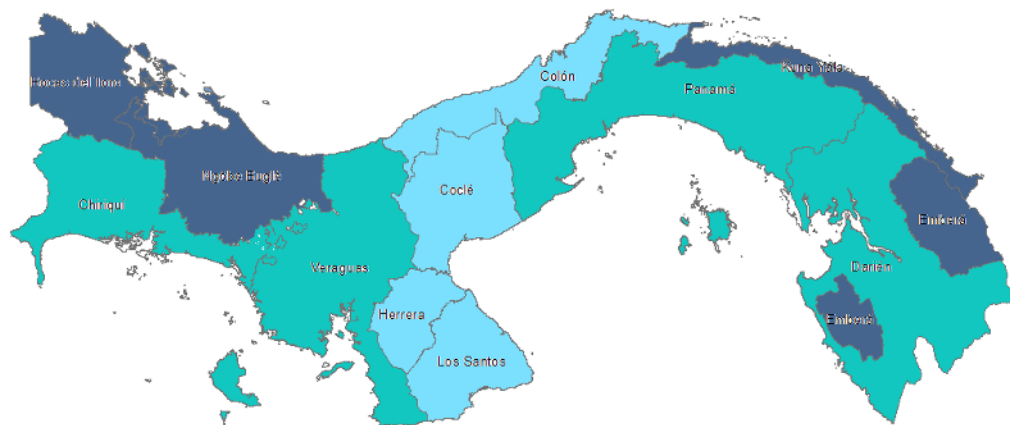
Provincia	IDS 2008	IDS 2016
Comarca Ngäbe Buglé	0.000	0.000
Comarca Emberá	0.187	0.295
Comarca Guna Yala	0.257	0.373
Darién	0.574	0.669
Bocas del Toro	0.674	0.714
Veraguas	0.731	0.762
Coclé	0.839	0.828
Chiriquí	0.850	0.865
Herrera	0.866	0.888
Los Santos	0.876	0.910
Colón	0.896	0.910
Panamá	0.998	0.997

Fuente: elaboración propia a partir de datos oficiales de porcentaje de alfabetización, ingreso mensual promedio por persona y porcentaje de cobertura de acceso a agua de fuentes mejorada



El ENESS Panamá 2019 aborda el análisis de desigualdades sociales en salud a lo largo de la jerarquía poblacional del desarrollo sostenible. Sin embargo, la riqueza del enfoque analítico se basa en la reproducción de patrones de desigualdad con estratificadores de equidad intercambiables y relevantes al contexto socio geográfico. Por lo tanto, en este Estudio se presenta de manera especial el análisis exploratorio de las desigualdades en salud en el gradiente social que genera el porcentaje de población indígena y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) entre las provincias y comarcas indígenas que componen Panamá.

Figura 11 Mapa del Índice de Desarrollo Humano (IDH) por provincia y comarca en Panamá, 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de información del INEC



Marco de indicadores

Para el desarrollo analítico del ENESS se definió un marco de indicadores matricial, estructurado en dos ejes: por un lado, las cuatro etapas básicas del curso de la vida (esto es, el inicio temprano de la vida, la adolescencia y la juventud, la edad adulta y la adultez mayor⁴) y, por otro lado, la dimensión de salud, organizada en sus dos componentes básicos: atención en salud y resultados en salud. Además, se estableció una categoría adicional de indicadores generales de salud poblacional que permitió explorar de manera especial la interseccionalidad entre estratificadores de equidad relevantes (en este caso, el sexo y el desarrollo sostenible).

Este marco de indicadores permitió explorar analíticamente no solo qué tan saludables es, en promedio, la población respecto a la posición social de sus territorios provinciales y comarcales, sino también qué tan equitativa es la distribución de la atención en salud que el Estado provee a la población respecto a dicha jerarquía territorial social.

Para la mayoría de los indicadores se realizaron análisis comparativos de dos puntos en el tiempo, 2008 y 2016, con la finalidad de observar cambios en los patrones de desigualdad.



El proceso de construcción del marco de indicadores del ENESS partió de una revisión de indicadores relevantes trazadores de la salud poblacional en Panamá, seguida de una revisión exploratoria de la información disponible con desagregación a nivel provincial y comarcal. Los indicadores se seleccionaron bajo criterios de calidad de los datos y fiabilidad de las fuentes de información, siempre obtenidos de las fuentes oficiales de información disponibles en el país.

⁴ Para efectos del presente estudio, se considera como etapa de inicio temprano de la vida el periodo desde el embarazo hasta los cinco años; como la etapa de la adolescencia y juventud el periodo entre los 15 y 29 años; como la etapa de la edad adulta el periodo de los 30 a los 59 años; y como la etapa de la adultez mayor el periodo posterior a los 60 años. Dicha clasificación se estableció a partir de la disponibilidad de los datos y la relevancia de los indicadores.

El marco de indicadores resultante es el siguiente:

Figura 12 Marco de indicadores ENESS Panamá 2019

Indicador	Tipo de indicador	Años
Resultados	Mortalidad materna (razón por 100,000 Nacidos vivos)	2008 y 2016
Resultados	Mortalidad en menores de 5 años (tasa por 1,000 Nacidos vivos)	2008 y 2016
Cobertura	Asistencia cualificada del parto (cobertura por 100 nacidos vivos)	2008 y 2016
Cobertura	Vacunación con dpt (cobertura por 100 menores de un año)	2016
Cobertura	Morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en menores de cinco años (tasa por 1,000 Menores de 5 años)	2016
Resultados	Fecundidad en adolescentes (tasa por 1,000 Mujeres entre 15-19 años)	2008 y 2016
Resultados	Mortalidad por homicidios (tasa por 100,000 Jóvenes de 15 a 29 años)	2008 y 2016
Cobertura	Asistencia cualificada del parto en adolescentes (cobertura por 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)	2008 y 2016
Cobertura	Morbilidad atendida por enfermedades de transmisión sexual (tasa por 100,000 Jóvenes de 15 a 24 años)	2016
Resultados	Mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular (tasa por 100,000 Adultos de 30 a 59 años)	2008 y 2016
Resultados	Mortalidad prematura por vih (tasa por 100,000 Adultos de 30 a 59 años)	2008 y 2016
Resultados	Mortalidad prematura por cáncer de cérvix (tasa por 100,000 adultas de 30 a 59 años)	2008 y 2016
Cobertura	Morbilidad atendida por tuberculosis (tasa por 100,000 Adultos de 25 a 59 años)	2016
Resultados	Mortalidad por diabetes (tasa por 100,000 adultos de 60 años y más)	2008 y 2016
Resultados	Mortalidad por desnutrición (tasa por 100 adultos de 60 años y más)	2008 y 2016
Cobertura	Morbilidad atendida por malnutrición (tasa por 100,000 Adultos de 60 y más años)	2016
Cobertura	Morbilidad atendida por demencia (tasa por 100,000 Adultos de 60 y más años)	2016
Resultados	Esperanza de vida al nacer (en años)	2008 y 2016
Resultados	Esperanza de vida al nacer en hombres (en años)	2008 y 2016
Resultados	Esperanza de vida al nacer en mujeres (en años)	2008 y 2016
Resultados	Disponibilidad de profesionales médicos (por 1,000 habitantes)	2008 y 2016
Resultados	Disponibilidad de profesionales enfermeros (por 1,000 habitantes)	2008 y 2016

Los datos utilizados en el ENESS provienen de fuentes oficiales de información, particularmente del Ministerio de Salud (MINSa), el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Educación (MEDUCA) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), así como del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

La recolección de datos se realizó a través de las plataformas e informes oficiales, así como de la solicitud directa al Ministerio de Salud, del cual se recibieron bases de datos de mortalidad para los años 2008 y 2016, de morbilidad atendida en las instalaciones del Ministerio de Salud para el año 2016 y aquellas relacionadas con las coberturas y acceso a servicios de salud para el año 2016.

Limitaciones para el acceso a la información: disponibilidad completitud y calidad de los datos.

Durante el proceso de gestión de datos fueron evidentes las siguientes limitaciones relacionadas con la disponibilidad, completitud y calidad de los datos:

- Se encontró una ausencia sistemática de datos de las comarcas indígenas del país, principalmente de la Comarca Emberá.
- La fragmentación del sistema de salud panameño dificultó el acceso a información con representatividad nacional que integre los datos de las prestaciones de servicios que brindan el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.
- Con excepción de los datos de cobertura de atención cualificada del parto, todos los indicadores referentes al acceso a servicios de salud reflejan únicamente la población atendida en las instalaciones del Ministerio de Salud (aproximadamente 40% de la población panameña) y solo se cuenta con datos para el año 2016, por lo que, para este caso particular, no fue posible realizar los análisis exploratorios comparativos de dos puntos en el tiempo.

Método de análisis

El presente estudio se compone de una serie de análisis exploratorios para conocer la magnitud de las desigualdades sociales en salud, utilizando el IDS, como principal estratificador de equidad, y a partir de tres criterios clave:

- **Territorio:** se analizan las desigualdades a nivel provincial, ordenando las provincias y comarcas indígenas con base en el estratificador de equidad y categorizándolas en terciles.
- **Curso de vida:** se analizan una serie de indicadores de salud trazadores para cuatro puntos críticos del curso de la vida: inicio temprano, adolescencia y juventud; edad adulta y adultez mayor.
- **Acceso a servicios de atención en salud y resultados en salud:** se analizan indicadores trazadores de cobertura y de morbilidad atendida para ilustrar el acceso a los servicios de atención en salud e indicadores trazadores de mortalidad para ilustrar resultados en salud.

El enfoque metodológico para el análisis de las desigualdades sociales en salud utiliza cuatro métricas estándar: dos para cuantificar las brechas de desigualdad entre el grupo más favorecido y el grupo

menos favorecido y dos para cuantificar la magnitud de la desigualdad tomando en cuenta la distribución total de la salud y del acceso a servicios de atención en salud en en gradiente del IDS.

Estas métricas son:

- **Brecha absoluta:** corresponde a la diferencia aritmética entre el indicador de salud del grupo (cuantil) socialmente más desaventajado y el grupo (tercil) socialmente más aventajado.
- **Brecha relativa:** corresponde al cociente aritmético entre el indicador de salud del grupo (cuantil) socialmente más desaventajado y el grupo (tercil) socialmente más aventajado.
- **Índice de desigualdad de la pendiente (IDP):** es un indicador de gradiente absoluto de desigualdad que corresponde al cambio en el indicador de salud entre los extremos de la gradiente social, definida por el IDS, obtenido por regresión ponderada.
- **Índice de concentración en salud (ICS):** es un indicador de gradiente relativo de desigualdad que se obtiene calculando el área bajo la curva de concentración, la cual ilustra la desproporcionalidad entre la carga de indicador en salud y la población ordenada según el IDS.

Para el análisis de las brechas de desigualdad, las 12 provincias y comarcas indígenas fueron agrupadas en terciles según su nivel de desarrollo sostenible, creando así, tres grupos de posición social: más bajo IDS, mediano IDS, más alto IDS. De la misma manera, el análisis del gradiente de desigualdad mantiene la polaridad positiva del estratificador de equidad (entre más alto es el IDS mejor es la posición social) y en este caso particular, las mediciones se benefician del universo de datos.

Los análisis se llevaron a cabo utilizando una herramienta semiautomatizada desarrollada por la OPS llamada Explorador de equidad, con la cual es posible hacer el cálculo de las cuatro métricas estándar de desigualdad de manera eficiente, así como visualizar los resultados de manera intuitiva.





CAPÍTULO 3 DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN PANAMÁ

Los resultados se presentan en tres apartados; un panorama general de las desigualdades sociales, en el cual se analizan las brechas de desigualdad en salud de todos los indicadores; un análisis del estado actual de las desigualdades en salud y un análisis sobre los avances y retrocesos en la búsqueda de la salud universal.

Este capítulo ilustra de manera gráfica y sintética los resultados de las exploraciones analíticas de los 22 indicadores definidos en el marco de indicadores del ENESS, estructurando seis bloques de información que presentan:

1. El panorama general de las desigualdades sociales en salud en Panamá y, según la disponibilidad de información, sus cambios entre 2008 y 2016: en este bloque de información se evidencia la presencia, profundidad y persistencia de las brechas de desigualdad en salud en el gradiente social que genera el IDS y, en casos especiales para explotar las bondades del enfoque analítico en la reproducción de patrones de desigualdad, el IDH (morbilidad atendida por demencia) y el porcentaje de etnicidad (morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en menores de cinco años).
2. El análisis de referenciamiento promedial del estado actual de las desigualdades en salud: en este bloque de información se presenta el análisis comparativo de los 22 indicadores definidos en el marco de indicadores del ENESS, para 2016, identificando la naturaleza positiva (concentración en los territorios provinciales-comarcales con mayor ventaja social) o negativa (concentración en los territorios con menor ventaja social) de la distribución de los indicadores de salud en el gradiente generado por el estratificador de equidad.
3. El análisis de referenciamiento promedial de las desigualdades en salud y sus tasas de cambio en el tiempo: en este bloque de información se presentan las tasas de cambio proporcional anual del promedio, de la desigualdad absoluta (IDP) y desigualdad relativa (ICDS) entre provincias, entre 2008 y 2016 para 16 de los 22 indicadores definidos en el marco de indicadores del ENESS, que cuentan con información para los dos cortes de tiempo.
4. El análisis del referenciamiento distribucional del estado actual de las desigualdades en salud: en este bloque de información se presentan los valores promedio que alcanza cada provincia para cada indicador según etapa del curso de la vida, observándose la dispersión territorial con respecto a la mediana y rango intercuartílico poblacional.

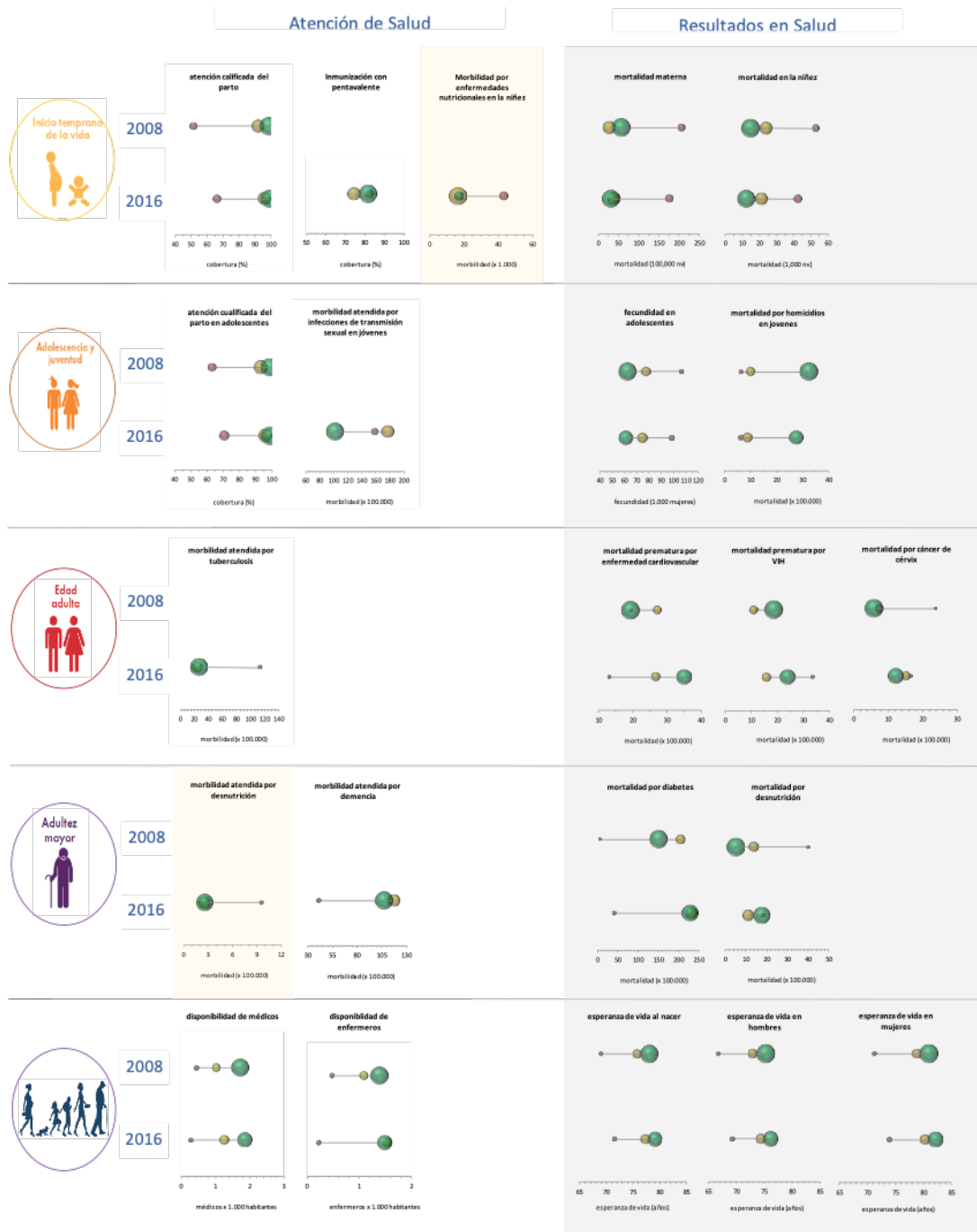
5. De manera especial se presenta el análisis de referenciamiento promedial de seis indicadores selectos: mortalidad en menores de cinco años, asistencia cualificada del parto, fecundidad en adolescentes, asistencia cualificada del parto en adolescentes, esperanza de vida al nacer y disponibilidad de profesionales, según terciles provinciales de desarrollo sostenible.
6. Finalmente, se presenta el análisis de referenciamiento distribucional de los seis indicadores selectos, según terciles provinciales de desarrollo sostenible.





Panorama general de las desigualdades sociales en salud en Panamá 2008-2016

Figura 13 Equiplots: Brechas absolutas de desigualdad social en salud por etapa del curso de vida



Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial.

Nota: El indicador de morbilidad por enfermedades nutricionales en la niñez utiliza como estratificador de equidad al porcentaje de población indígena. Y el indicador de morbilidad atendida por demencia en adultos mayores a 60 años utiliza como estratificador de equidad al Índice de Desarrollo Humano

Los equiplots son una representación gráfica de las brechas de desigualdad en salud según grupos sociales. Cada círculo representa a un tercil de las provincias y comarcas indígenas; el color indica la posición social determinada por el estratificador de equidad (verde representa el grupo en mayor ventaja social, amarillo representa el grupo en mediana ventaja social, rojo representa el grupo en menor ventaja social) y el tamaño indica la talla de la población que vive en cada grupo social. La distancia entre los círculos representa la brecha de la desigualdad.

Tercil	Provincias
Verde	Panamá, Colón, Herrera y Los Santos
Amarillo	Chiriquí, Coclé, Veraguas, Bocas del Toro
Rojo	Darién, Comarca Ngäbe Buglé, Comarca Emberá, Comarca Guna Yala

De acuerdo con la Figura 13 las brechas de desigualdad interprovincial en salud en Panamá no son menores. La Figura 13 muestra que del total de 22 indicadores trazadores explorados, 15 dejan en evidencia que las provincias y comarcas indígenas más desaventajadas socialmente (Darién, Comarca Ngäbe Buglé, Comarca Emberá, Comarca Guna Yala) son las que se están quedando atrás en cuanto a resultados en salud y acceso a servicios de salud, mientras que 4 de ellos ilustran una desigualdad en favor de las provincias y comarcas indígenas con menor desarrollo sostenible y 3 ilustran (para el 2016) un patrón cercano a la equidistribución.

Los indicadores que ponen en evidencia que las provincias y comarcas indígenas más desaventajadas socialmente son las que se están quedando atrás, son representativos de todas las etapas del curso de vida; mortalidad materna, la mortalidad en la niñez, la atención cualificada del parto, morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en la niñez, fecundidad y atención cualificada del parto en adolescentes, morbilidad atendida por enfermedades de transmisión sexual en jóvenes, mortalidad por VIH y morbilidad atendida por tuberculosis en la edad adulta, morbilidad atendida por desnutrición en la adultez mayor y los indicadores referentes a la población en general; esperanza de vida al nacer y disponibilidad de médicos y enfermeras por habitante.

Por su parte, los indicadores que muestran una brecha de desigualdad en favor de las provincias y comarcas indígenas con menor desarrollo sostenible son: mortalidad por homicidios en jóvenes, mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y mortalidad por diabetes y morbilidad atendida por demencia en la adultez mayor. Finalmente, los indicadores que ilustran un acercamiento a la equidistribución son: cobertura de inmunización con DPT3 en menores de un año, mortalidad por cáncer de cérvix en mujeres adultas y mortalidad por desnutrición en la adultez mayor. Cabe destacar que en los casos de mortalidad por cáncer de cérvix y mortalidad por desnutrición se observa un importante cambio entre el 2008 y el 2016, pasando de ser un indicador ilustrativo de una profunda desigualdad en favor de las provincias con mayor desarrollo, a un indicador que ilustra una disminución importante de la brecha que separa a los terciles extremos de acuerdo con el IDS.

Análisis del estado actual de las desigualdades sociales en salud; 2016

Desigualdades en salud según el promedio nacional y el gradiente de desigualdad social

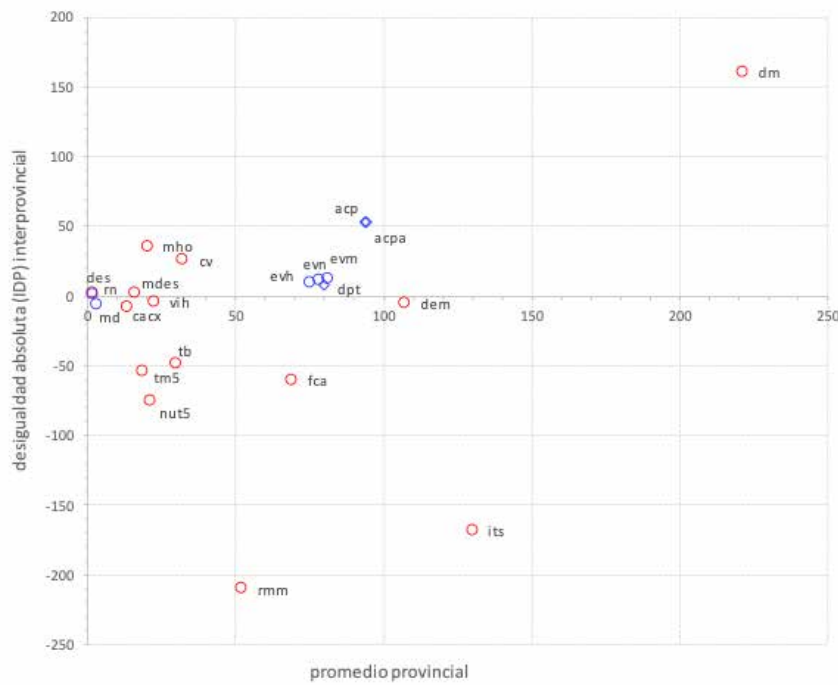


Figura 14 Referenciamiento promedial de indicadores: desigualdad absoluta (IDP), 2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial

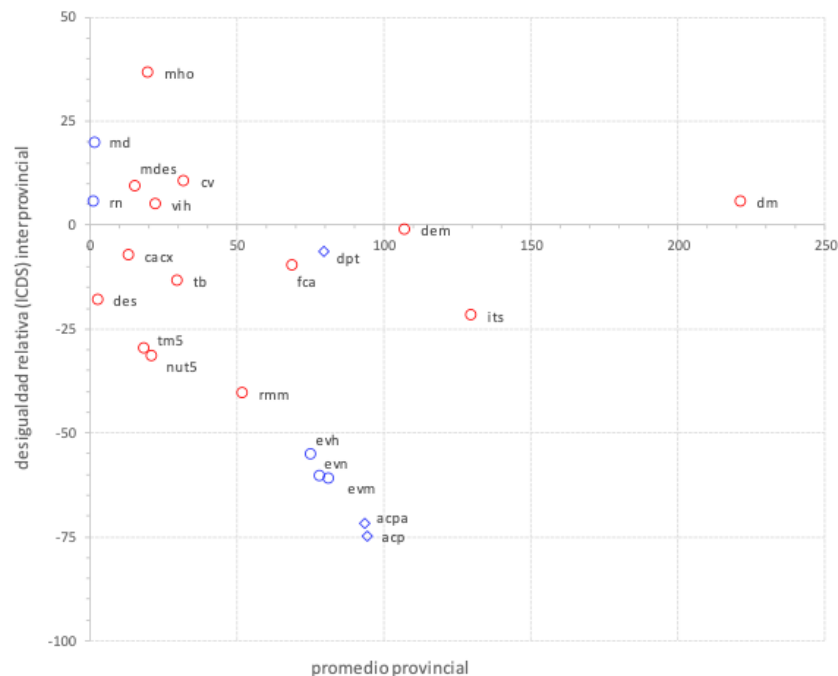


Figura 15 Referenciamiento promedial de indicadores: desigualdad relativa (ICDS), 2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial

rmm	mortalidad materna (x 100,000 nacidos vivos)
tm5	mortalidad en menores de 5 años (1,000 nacidos vivos)
acp	asistencia cualificada del parto (x 100 nacidos vivos)
dpt	vacunación con DPT (cobertura x100 menores de un año)
nut5	morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en la niñez (x 1,000 menores de 5 años)
fca	fecundidad en adolescentes (x 1,000 mujeres de 15 a 19 años)
mho	mortalidad por homicidios (x 1000,000 jóvenes de 15 a 29 años)
acpa	asistencia cualificada del parto en adolescentes (x 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)
its	morbilidad atendida por enfermedades de transmisión sexual (x 100,000 jóvenes de 15 a 25 años)
cv	mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular (x 100,000 adultos de 30 a 59 años)
vih	mortalidad prematura por VIH (x 100,000 adultos de 30 a 59 años)
cacx	mortalidad prematura por cáncer de cérvix (x 100,000 adultos de 30 a 59 años)
tb	morbilidad atendida por tuberculosis en adultos (x 100,000 adultos de 25 a 59 años)
dm	mortalidad del adulto mayor por diabetes (x 100,000 adultos de 60 años y más)
mdes	mortalidad del adulto mayor por desnutrición (x 100,000 adultos de 60 años y más)
des	morbilidad atendida por desnutrición en el adulto mayor (x 100,000 adultos de 60 años y más)
dem	morbilidad atendida por demencia en el adulto mayor (x 100,000 adultos de 60 años y más)
evn	esperanza de vida al nacer (años)
evh	esperanza de vida al nacer en hombres (años)
evm	esperanza de vida al nacer en mujeres (años)
md	disponibilidad de profesionales médicos (x 1,000 habitantes)
rn	disponibilidad de profesionales enfermeros (x 1,000 habitantes)

El análisis de referenciamiento promedial permite identificar la posición de cada indicador respecto del promedio nacional y la desigualdad absoluta (IDP) o la desigualdad relativa (ICDS).

Índice de desigualdad de la pendiente (IDP): su valor (eje vertical) significa el exceso de casos en el extremo de las provincias y comarcas indígenas con mayor desarrollo sostenible (arriba del 0), o de las provincias y comarcas indígenas con menor desarrollo sostenible (abajo del 0) (Figura 14).

Índice de concentración en salud (ICS): ilustra la desproporcionalidad entre la carga de indicador en salud y la población ordenada según el IDS. Su valor (eje vertical) por arriba del cero denota desigualdad positiva, es decir, concentración en los territorios provinciales-comarcales con mayor desarrollo sostenible. Valores por debajo del cero denotan desigualdad negativa, es decir, concentración en los territorios con menor desarrollo sostenible (Figura 15).

- Los círculos **rojos** representan indicadores de salud negativos: es decir, reflejan peor situación cuanto más alto es su valor (o sea, cuanto más hacia la derecha del gráfico).
- Los círculos **azules** representan indicadores de salud positivos: es decir, reflejan mejor situación cuanto más alto es su valor (o sea, cuanto más hacia la derecha del gráfico).

- Los rombos designan indicadores de cobertura de servicios de salud: es decir, solo pueden alcanzar el 100%.

La desigualdad en salud se aprecia respecto al eje vertical: cuanto más lejos del cero (0), mayor es la desigualdad en el respectivo indicador.

En términos de desigualdad absoluta (Figura 14) los indicadores relativos a la salud sexual y reproductiva son ilustrativos de una profunda desigualdad en favor de las provincias más desarrolladas del país. Tal es así que las madres, incluidas las adolescentes, que viven en las provincias con mayor desarrollo reciben 53% más atención cualificada del parto que las mujeres que viven en las provincias y comarcas indígenas más desfavorecidas, y se estima que la diferencia de la mortalidad materna entre la provincia con mayor desarrollo sostenible y la provincia con menor desarrollo sostenible es de -209.7 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos.

Por otro lado, la evidencia muestra que hay mayor fecundidad adolescente -15 a 19 años- en las comarcas indígenas con menor desarrollo sostenible, ya que la diferencia entre las comarcas indígenas y las provincias más desarrolladas del país es de -60 embarazos por cada 1,000 mujeres.

Se observa también un exceso de -168 jóvenes entre 15 y 24 años de las provincias y comarcas indígenas más desfavorecidas atendidos por enfermedades de transmisión sexual por cada 100,000 jóvenes. Este indicador es ilustrativo de la precariedad de la salud sexual reproductiva en las provincias y comarcas indígenas con

menor desarrollo sostenible, situación que resulta sumamente preocupante.

Igualmente, preocupante resulta la salud de los menores de cinco años, ya que existe un exceso de muertes de -54.1 en las comarcas indígenas más vulnerables, y la tasa de morbilidad atendida por enfermedades nutricionales tiene una diferencia de -75.4 niños y niñas por cada 1,000 entre las comarcas indígenas con menor desarrollo y las provincias más desarrolladas.

En cuanto a la desigualdad en salud de los adultos y adultos mayores, se observa que la tuberculosis es profundamente desigual en favor de las provincias más desarrolladas de Panamá, ya que existe un exceso de -48.6 personas entre 25 y 59 años por cada 100,000 personas atendidas por dicha enfermedad en las provincias y comarcas indígenas con menor desarrollo sostenible. Por otro lado, se observa que la mortalidad por diabetes en adultos mayores de 60 años tiene un exceso de 161 muertes por cada 100,000 en las provincias más favorecidas del país.

En términos de desigualdad relativa (Figura 14) se observa una profunda desproporcionalidad en los resultados y acceso a servicios de salud referentes a la salud sexual reproductiva, así como una profunda desigualdad en la esperanza de vida al nacer ya que el 50% de la carga de vida perdida se concentra en el 12% de la población con menor desarrollo sostenible, siendo la diferencia entre el extremo de provincias y comarcas indígenas con mayor y menor desarrollo de 11.3 años de vida. Por su parte, el promedio nacional de esperanza de vida hace evidente la desigualdad entre hombres y mujeres a favor de

las mujeres, sin embargo, la desigualdad según el desarrollo sostenible indica que la magnitud de la desigualdad es sutilmente mayor entre las mujeres que viven en las provincias y comarcas indígenas con mayor y menor desarrollo sostenible. Tan es así que la diferencia en la esperanza de vida de las mujeres que viven entre los extremos más desarrollados y menos desarrollados significó en 2016 12.3 años, mientras que la diferencia en la esperanza de vida de los hombres en el mismo año significó 10.2 años. En el caso de las mujeres el 50% de la carga de vida se concentra en el 11% más vulnerable mientras que en el caso de los hombres el 50% de la carga perdida se concentra en el 10% más vulnerable.

En cuanto al acceso a servicios de salud, resulta preocupante la desigualdad relativa en la disponibilidad de personal médico ya que la concentración del personal médico en el 15% de la población con mayor desarrollo es del 75%.

Finalmente, cabe destacar que la mortalidad por homicidios en jóvenes entre 15 y 29 años se concentra de forma desigual en las provincias más desarrolladas de Panamá, ya que el 10% de la población más aventajada concentra el 75% de la mortalidad por esta causa.







Desigualdades en salud por etapa del curso de vida y provincias y comarcas indígenas



Figura 16 Panel de referenciamiento promedial de indicadores según provincia y comarca indígena, 2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud

Provincia / Comarca	Código
Bocas del Toro	BOC
Coclé	COC
Colón	COL
Comarca Guna Yala	KY
Comarca Ngäbe Buglé	NGA
Chiriquí	CHI
Darién	DAR
Herrera	HER
Los Santos	LSA
Panamá	PAN
Panamá Oeste	PAO
Veraguas	VER

El análisis de referenciamiento promedial por etapa del curso de vida y provincias y comarcas indígenas permite observar cuáles son las regiones que se están quedando atrás en el acceso a los servicios de salud y que presentan peores o mejores resultados en salud. En un escenario ideal, todos los círculos deberían estar cerca unos de otros.

- Los círculos **rojos** representan indicadores de salud negativos: es decir, reflejan peor situación cuanto más alto es su valor (o sea, cuanto más hacia la arriba del gráfico).
- Los círculos **azules** representan indicadores de salud positivos: es decir, reflejan mejor situación cuanto más alto es su valor (o sea, cuanto más hacia la arriba del gráfico).

El análisis de referenciamiento promedial de indicadores por provincia y comarca indígena y por etapa del curso de vida muestra como en la gran mayoría existe una importante diferencia promedial interprovincial siendo las tres comarcas indígenas las que presentan los peores resultados a excepción de los indicadores de morbilidad atendida por enfermedades de transmisión sexual, mortalidad por homicidio, mortalidad por enfermedad cardiovascular, morbilidad por demencia y morbilidad por diabetes dónde los peores resultados se encuentran en las provincias de Los Santos y Colón.

Ante este panorama, resulta evidente que son las tres comarcas indígenas las que enfrentan los mayores retos en términos de resultados y acceso a servicios de salud, ya que en 15 de los 22 indicadores analizados son la comarca Emberá -5-, la comarca Ngäbe Buglé -5- y la comarca de Guna Yala -5- las que exhiben los resultados promediales más preocupantes. La comarca Emberá destaca por sus altos promedios en mortalidad y morbilidad atendida respecto el resto de las comarcas y provincias indígenas, principalmente en los indicadores de morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en menores de cinco años, razón de mortalidad materna, mortalidad por tuberculosis y morbilidad atendida por desnutrición en adultos mayores de 60 años, promedios considerablemente más altos que el resto de provincias y comarcas indígenas del país, situación que refleja la vulnerabilidad de la población de la comarca Emberá en todas las etapas del curso de vida.

Otros indicadores que destacan por presentar promedios provinciales sumamente desiguales son la cobertura cualificada del parto, ya que mientras en la comarca Ngäbe Buglé el promedio de cobertura es del 60.4%, en la provincia de Panamá la cobertura es del 99.4%. y la mortalidad por cáncer de cérvix, causa por la cual mueren en promedio 74 mujeres por cada 100,000 en la comarca Guna Yala, y 5.5 mujeres por cada 100,000 en la provincia de Los Santos.

Desigualdades en salud según el porcentaje provincial de población indígena

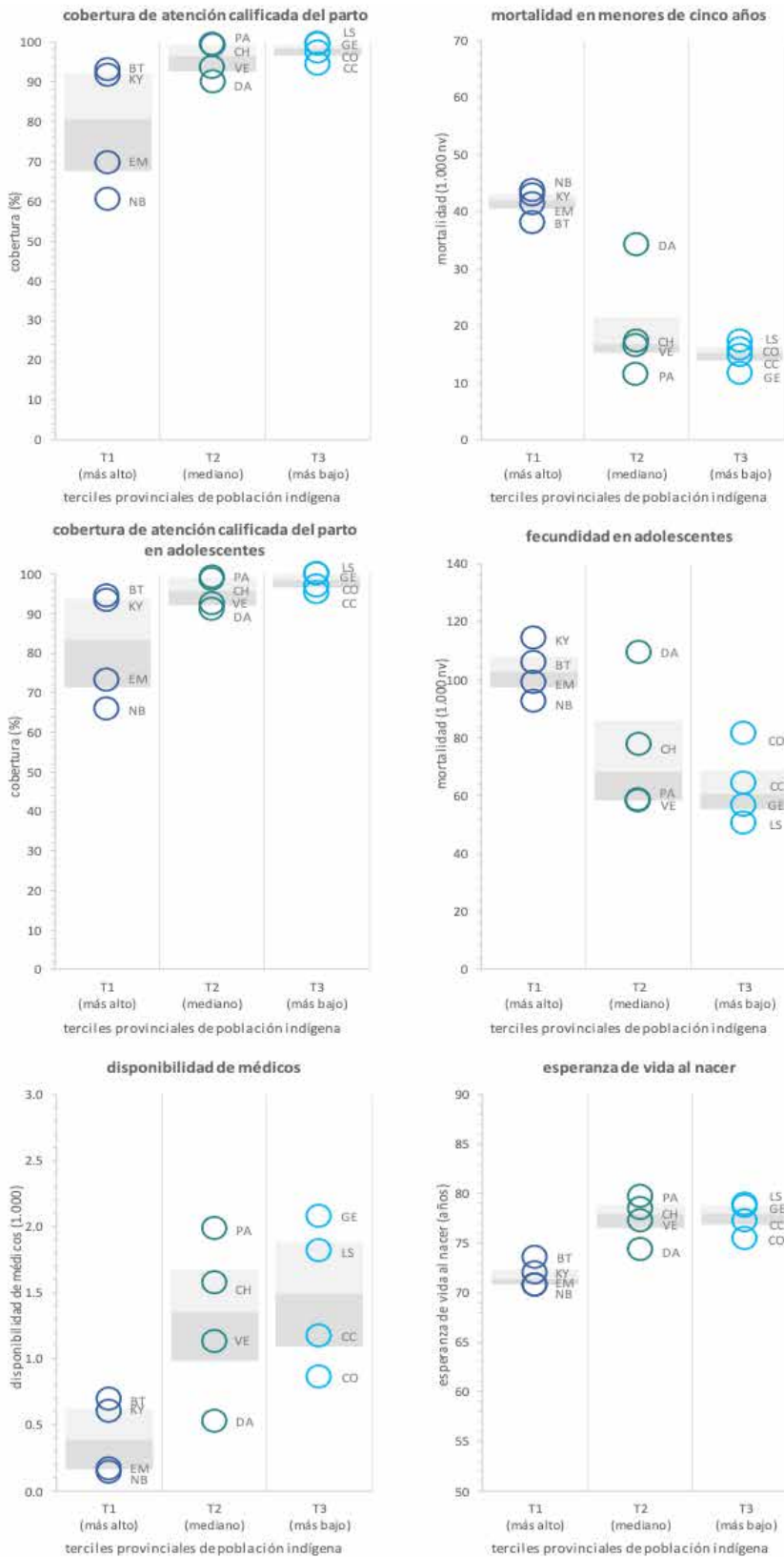


Figura 17 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de porcentaje población indígena, 2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y del porcentaje provincial de población indígena

Provincia / Comarca	Código
Bocas del Toro	BOC
Coclé	COC
Colón	COL
Comarca Guna Yala	KY
Comarca Ngäbe Buglé	NGA
Chiriquí	CHI
Darién	DAR
Herrera	HER
Los Santos	LSA
Panamá	PAN
Panamá Oeste	PAO
Veraguas	VER

El análisis de referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de porcentaje población indígena, 2016 muestra la variabilidad promedial de los indicadores según el porcentaje de población indígena de cada una de las provincias y comarcas que conforman el País.

- Los círculos **azul oscuro** representan a las provincias y comarcas indígenas con mayor porcentaje de población indígena.
- Los círculos **azul aqua** representan a las provincias con porcentaje medio de población indígena.
- Los círculos **azul claro** representan a las provincias con menor porcentaje de población indígena.



El análisis de referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de porcentaje población indígena muestra una clara tendencia de desventaja en las provincias y comarcas indígenas con un mayor porcentaje de población indígena, siendo la comarca indígena Ngäbe Buglé la que exhibe los porcentajes de cobertura más bajos.

Cabe destacar que en el grupo de provincias con menor porcentaje de población indígena es la provincia de Colón la que se está quedando atrás ya que en los indicadores referentes a cobertura y acceso a servicios de salud presenta promedios similares a los de la provincia de Bocas del Toro y la comarca Guna Yala.

El análisis de desigualdad interprovincial en salud respecto del porcentaje de población indígena hace evidente no solo que las comarcas indígenas son las que se están quedando considerablemente atrás, sino que el ser indígena en Panamá parece ser un condicionante en la calidad de la salud.

Desigualdades en salud a niveles mayores de desagregación espacial: coberturas de inmunización distritales

Figura 18 Referenciamiento promedial de las coberturas provinciales de inmunización con tercera dosis de pentavalente, 2017

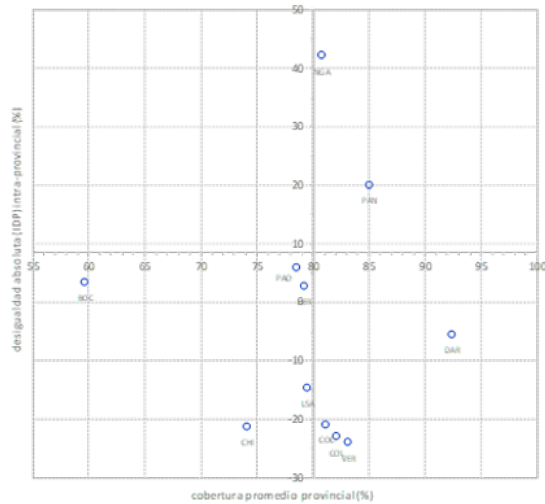
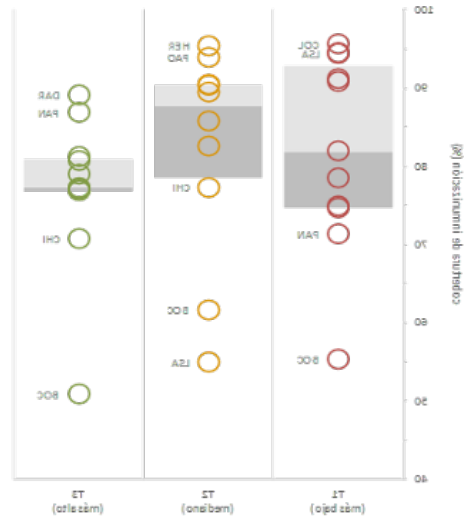


Figura 19 Referenciamiento distribucional de las coberturas provinciales de inmunización con tercera dosis de pentavalente, 2017



Fuente: tomado de la Cartilla Nacional de Equidad en Inmunización de Panamá, 2019. Elaborado a partir de datos del Ministerio de Salud –Programa Ampliado de Inmunización– reportados a la OPS a través del Formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS/OMS y UNICEF.

Los remarcables esfuerzos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Panamá han elevado las coberturas de vacunación a nivel nacional; sin embargo, este importante beneficio para la salud de los niños aún no es universal y, por lo tanto, no se distribuye de forma completamente equitativa, reflejando patentes desigualdades a nivel territorial. Esta situación puede evidenciarse con mayor detalle al incrementar la granularidad del nivel de desagregación espacial como, por ejemplo, al explorar la desigualdad en coberturas de vacunación con tercera dosis de pentavalente en el gradiente social definido por el ingreso promedio per cápita entre los 76 distritos que integran las 12 provincias y comarcas indígenas del país.

El análisis de referenciamiento promedial permite identificar la posición de cada provincia/comarca respecto de la cobertura promedio nacional y de la desigualdad absoluta en la cobertura promedio nacional. La Figura 18 ilustra esta situación: aun cuando la mayoría de las provincias exhiben niveles promedio de cobertura de inmunización cercanos a la cobertura promedio nacional, Bocas del Toro sobresale con una cobertura promedio visiblemente más baja. En contraste, la mayoría de las provincias exhiben niveles de desigualdad intra-provincial en coberturas de inmunización alejados tanto del promedio nacional como del referente de equidad (valor = 0). En particular, se hace evidente el enfoque pro-pobre en provincias como Chiriquí, Coclé, Colón, Los Santos y Veraguas, donde los distritos más pobres son los que exhiben coberturas de inmunización más altas.

En la comarca Ngäbe Buglé, por otra parte, se hace evidente el enfoque pro-rico donde los distritos más pobres son los que exhiben coberturas de inmunización más bajas. Estas diferencias de enfoque reflejan, en cierto modo, el abordaje que cada territorio implementa para alcanzar sus metas de cobertura de inmunización.

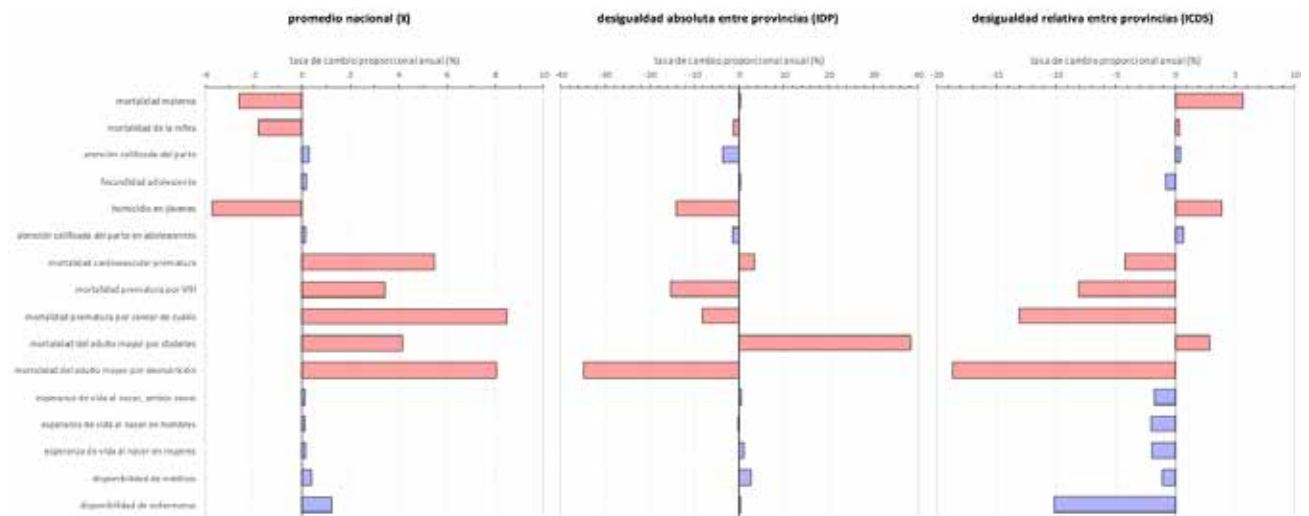
Por su parte, el análisis de referenciamiento distribucional de las coberturas de inmunización según terciles de ingreso per cápita muestra alta variabilidad interprovincial e intraprovincial. Como se puede apreciar en la Figura 19, los distritos pertenecientes a los terciles de mediano y menor ingreso alcanzan las coberturas medianas de vacunación más altas, reforzando la visibilidad del esfuerzo del PAI al implementar estrategias con enfoque pro-pobre que se focalizan en el extremo menos aventajado de la escala social. Los distritos de la provincia Bocas del Toro exhiben las coberturas más bajas independientemente de su nivel de ingreso y, junto con los distritos del ingreso mediano de la provincia de Los Santos, parecieran ser quienes se están quedando atrás.



Avances y retrocesos en la búsqueda de la equidad en salud; cambios 2008-2016

Cambios en el gradiente de la desigualdad social en salud, 2008-2016

Figura 20 Referenciamiento Promedial de Indicadores: cambios en el tiempo (2008 - 2016)



Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial

La Figura 20 permite observar los aumentos y disminuciones en el promedio nacional de cada uno de los indicadores, así como el aumento o disminución de la desigualdad absoluta (IDP) y relativa (ICDS) entre el año 2008 y el año 2016.

Un escenario ideal para los indicadores de resultados de salud implica la disminución tanto del promedio como de la desigualdad. Mientras que el escenario ideal para los indicadores de cobertura implica el aumento en el promedio y la disminución en la desigualdad.

- Las barras **rojas** representan indicadores de salud negativos: es decir, reflejan peor situación cuando aumentan en el tiempo (o sea, cuando la barra está a la derecha del cero).
- Las barras **azules** representan indicadores de salud positivos: es decir, reflejan mejor situación cuando aumentan en el tiempo (o sea, cuando la barra está a la izquierda del cero).

De acuerdo con la tasa de cambio proporcional anual del promedio nacional de los indicadores presentados, se observan mejoras en 10 de los 16 indicadores: disponibilidad de profesionales enfermeros y profesionales médicos, esperanza de vida al nacer -hombres y mujeres-, asistencia

cualificada del parto y del parto en adolescentes, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad por homicidios y mortalidad materna. No obstante, en términos de desigualdad absoluta, el 50% de los indicadores se deterioraron y en términos de desigualdad relativa 6 de los 16 indicadores se deterioraron entre el 2008 y el 2016.

Los indicadores que muestran los escenarios más preocupantes son: mortalidad del adulto mayor por diabetes, donde el promedio aumentó a una tasa anual del 4.17%, la desigualdad absoluta un 38.20% y la desigualdad relativa un 2.90%. Y la mortalidad materna, que si bien disminuyó su promedio en una tasa anual del -2.60%, aumentó la desigualdad absoluta en un 0.29% y la desigualdad relativa en un 5.67%.

Por otro lado, la mortalidad por cáncer de cérvix tuvo un aumento considerable del promedio nacional con una tasa del 8.47%, sin embargo, la desigualdad disminuyó en términos absolutos en un -8.32% y en términos relativos en un -13.07%. Escenarios similares se observan en los indicadores de mortalidad del adulto mayor por desnutrición donde si bien aumentó el promedio nacional en una tasa del 8.02%, la desigualdad disminuyó considerablemente con una tasa de desigualdad absoluta de -34.91% y una tasa de desigualdad relativa de -19.68%. Y en el caso de mortalidad prematura por VIH, donde el promedio nacional aumentó en un 3.42% pero la desigualdad absoluta disminuyó en un -15.44% y la desigualdad relativa disminuyó en un -8.10%.

El indicador que presenta un escenario de mejoría tanto a nivel nacional como en términos de disminución de la desigualdad es el de la esperanza de vida al nacer en hombres, el cual aumentó a nivel nacional en un 0.21% y disminuyó sutilmente la desigualdad absoluta con una tasa de -0.15% y la desigualdad relativa con una tasa de -2.02%.



Cambios promediales de indicadores selectos por terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016

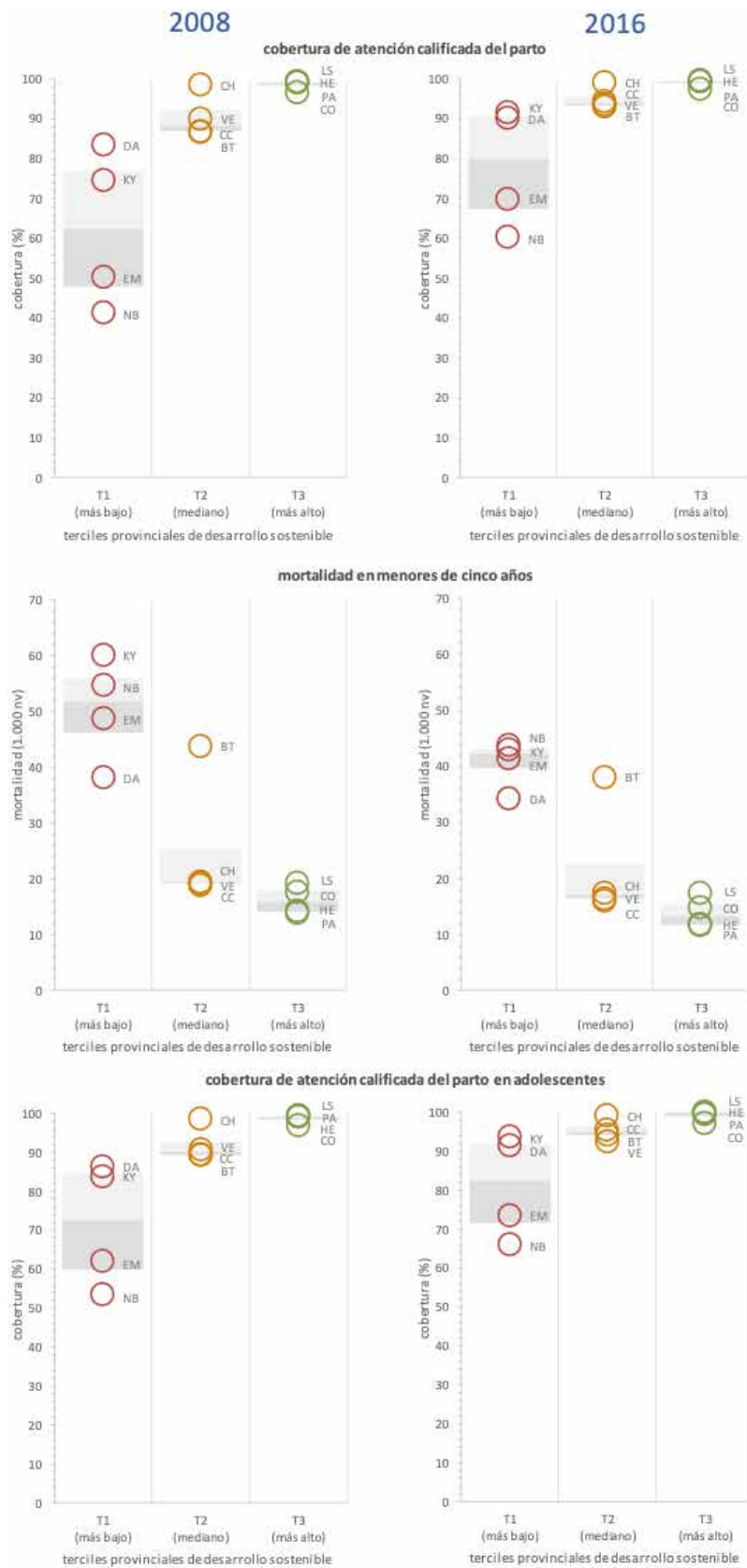


Figura 21 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial

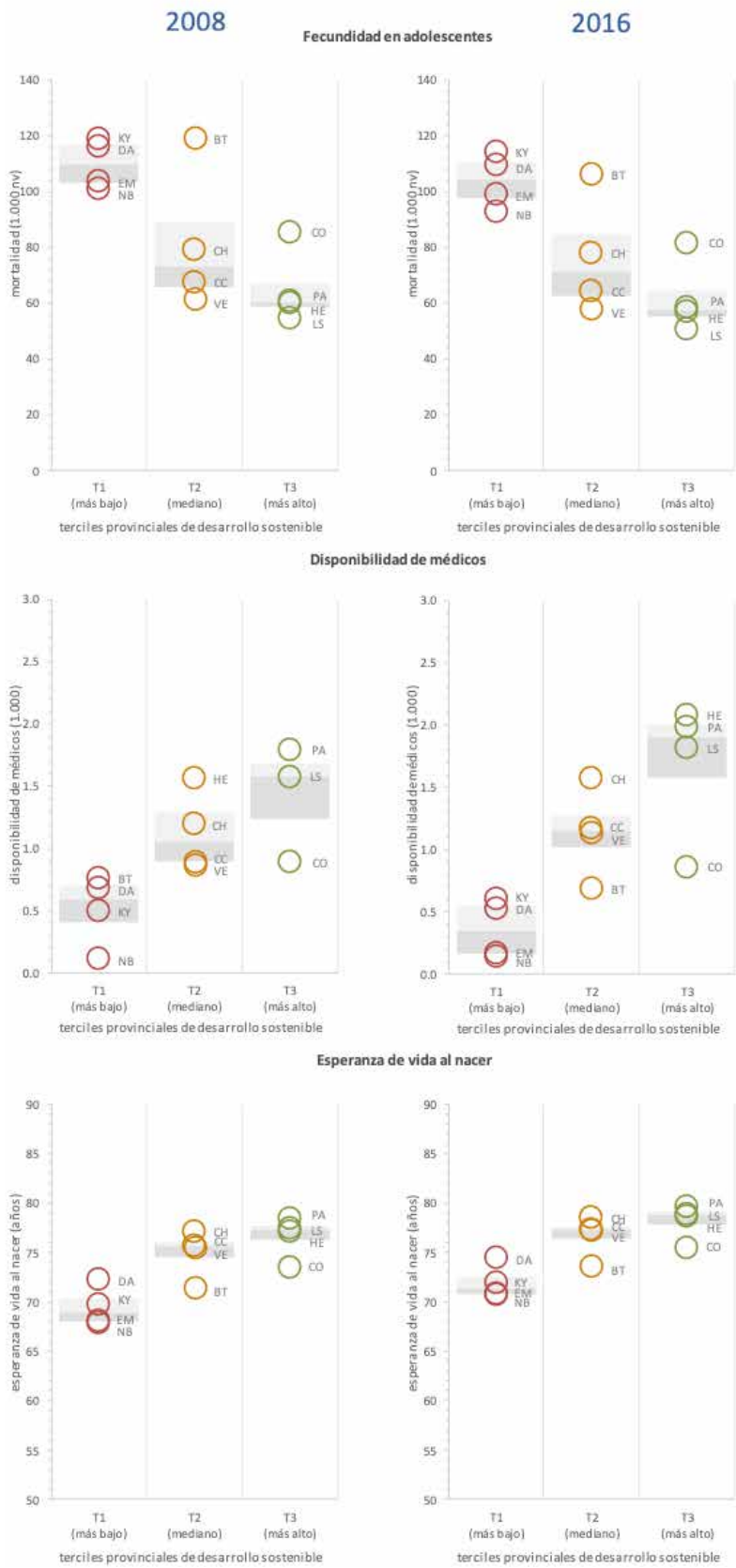


Figura 22 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016

Fuente: elaborado a partir de datos oficiales de mortalidad, morbilidad atendida y cobertura del Ministerio de Salud y de los resultados del cálculo del IDS interprovincial

Provincia / Comarca	Código
Bocas del Toro	BOC
Coclé	COC
Colón	COL
Comarca Guna Yala	KY
Comarca Ngäbe Buglé	NGA
Chiriquí	CHI
Darién	DAR
Herrera	HER
Los Santos	LSA
Panamá	PAN
Panamá Oeste	PAO
Veraguas	VER

Las Figuras 21 y 22 Referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible, 2008-2016 muestra los cambios interprovinciales de algunos indicadores selectos entre el 2008 y el 2016.

- Los círculos **rojos** representan a las provincias y comarcas indígenas más desaventajadas socialmente.
- Los círculos **anaranjados** representan a las provincias con media ventaja social.
- Los círculos **verdes** representan a las provincias con mayor ventaja social.

El análisis de referenciamiento promedial de indicadores selectos según terciles de desarrollo sostenible muestra seis indicadores donde no se han logrado equilibrar ni los resultados ni el acceso a servicios de salud entre las provincias con mayor y menor desarrollo sostenible.

Si bien hay mejoras promediales a nivel nacional, la distribución de los promedios de las provincias y comarcas indígenas mantiene un mismo patrón, mostrando que las comarcas indígenas se quedan considerablemente atrás respecto de las provincias de Panamá, Herrera y Los Santos las cuales presentan los mejores resultados en los seis indicadores.

Cabe destacar que la provincia de Bocas del Toro mantiene promedios similares a los de las comarcas indígenas y el Darién, las cuales conforman el tercil de menor ventaja social. Y la provincia de Colón presenta promedios similares a las provincias de media ventaja social, considerablemente por debajo de las provincias de Panamá, Herrera y Los Santos.

En cuanto al acceso a servicios de salud, los indicadores de atención cualificada del parto, atención cualificada del parto en adolescentes y disponibilidad de médicos, la comarca indígena Ngäbe Buglé exhibe los peores resultados. Situación que además se mantiene prácticamente igual entre el 2008 y el 2016 a excepción de los indicadores referentes a la atención cualificada del parto donde se observa un aumento de la cobertura del 19% y un aumento en la cobertura del 12.8% en el caso de atención cualificada del parto en adolescentes, alcanzando en ambos casos coberturas entre el 60 y 66%.





CAPÍTULO 4 EL ESTADO PANAMEÑO FRENTE A LAS DESIGUALDADES Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A lo largo de su historia, el Estado panameño ha buscado resolver las complejas situaciones de pobreza y desigualdad a través de un sinnúmero de actividades parciales y poco articuladas (13). La ausencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones emprendidas por el Estado en los ámbitos sanitarios y sociales ha tenido como consecuencia el desarrollo de acciones políticas “reactivas”, asociadas a demandas específicas puntuales, más que a atender las problemáticas estructurales. Ejemplo de ello son las políticas, programas y proyectos de promoción social que se han venido desarrollando en el país desde hace más de cincuenta años desde un marco contributivo y no contributivo orientadas en su mayoría a reducir la vulnerabilidad de los sectores sociales urbanos y la generación de garantías y beneficios asociados a la participación de los ciudadanos en el mercado laboral, dejando de lado a las poblaciones rurales y con poco reconocimiento de la diversidad cultural del país (14).

A nivel institucional, una de las características que definen la política social panameña, es la disociación entre el nivel de planificación y el nivel operativo, por lo que los avances han sido lentos y sinuosos. Ante esta situación, a partir de la década de los años noventa comenzó en Panamá un proceso de refundación de la protección y la promoción social, reconociendo la multidimensionalidad de las problemáticas sociales y de las desigualdades y haciendo esfuerzos por articular las acciones en Políticas Nacionales de Desarrollo (14).

El proceso de reformulación ha permitido el reconocimiento y el posicionamiento de una preocupación por la reducción de la pobreza y la necesidad de romper los riesgos y vulnerabilidades, pérdidas de bienestar y obstáculos al desarrollo que se sostienen de manera intergeneracional. Por lo tanto, las acciones se centran en la focalización y la coordinación institucional para lograr un abordaje multidimensional de la pobreza. Durante los últimos diez años se han hecho esfuerzos por articular políticas públicas sociales con enfoque de derechos lo cual ha generado significativas transformaciones en la manera en la que se concibe el desarrollo, además de modelar las intervenciones en medio de la diversidad étnica, geográfica, demográfica, económica, educativa y sociocultural en la cual está inmersa la sociedad panameña (13).

En el ámbito de la sanidad pública, durante los últimos veinte años se han venido realizando una serie de reformas tanto en la Caja de Seguro Social como en la función rectora del Ministerio de Salud, las cuales han implicado cambios constitucionales y de leyes de regulación básica del sector salud.

Sin embargo, aún no se cuenta con espacios de trabajo interinstitucional para abordar las problemáticas de las desigualdades en salud (13).

Es importante destacar que, a pesar de los esfuerzos, en Panamá aún existe una sociedad altamente desigual, una política social que resulta insuficiente y muy pocos espacios para el trabajo interinstitucional que permita abordar y dar solución a problemáticas multidimensionales como lo son la pobreza y la desigualdad.

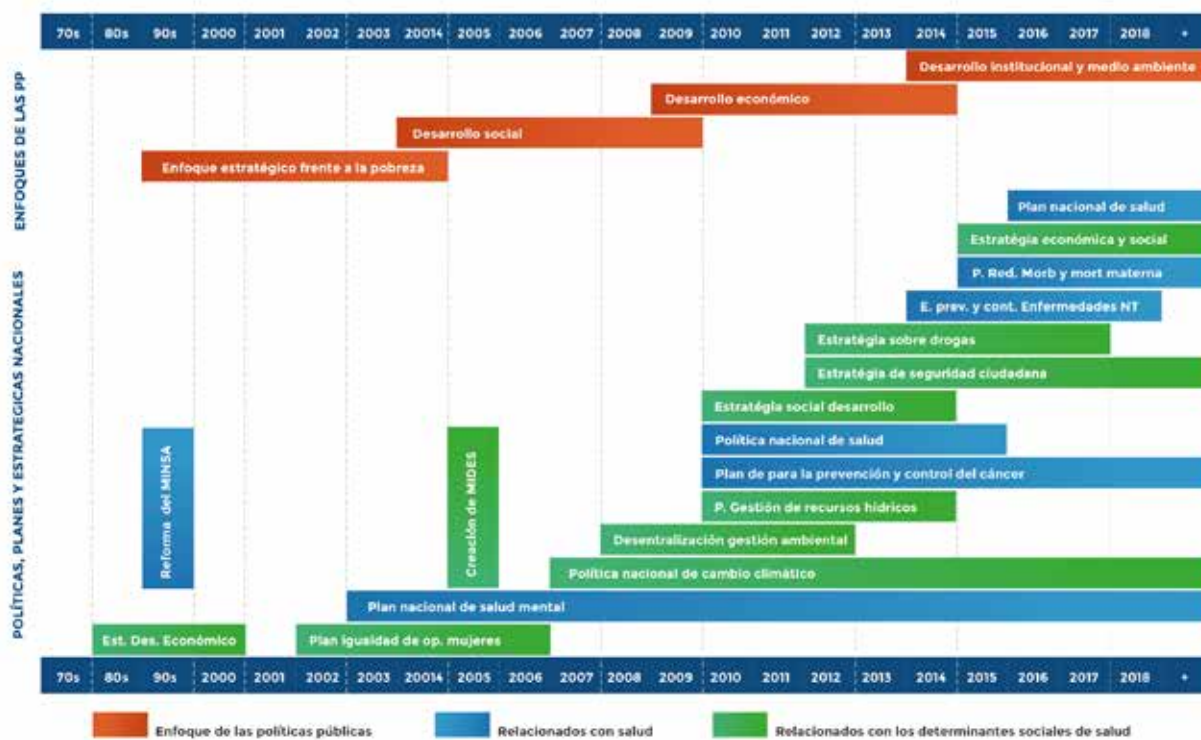
En los últimos diez años, ha sido el Gabinete Social y su secretaría técnica los moderadores de la política social. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer para lograr la implementación de políticas de desarrollo articuladas entre las distintas instituciones responsables.

En el ámbito de la salud son dos las instituciones encargadas de proveer de servicios de salud a la población; el Ministerio de Salud que ejerce una función rectora y proveedora de servicios a la población que no contribuye a la seguridad social, y la Caja de Seguro Social, encargada de proveer servicios a la población contribuyente. Por su parte, el Ministerio de Educación es la institución responsable de la educación pública y el Ministerio de Desarrollo Social el encargado de las políticas y programas de desarrollo humano y de la coordinación y articulación intersectorial.

Al analizar las políticas y programas tanto sanitarias como aquellas relacionadas con los determinantes sociales de la salud, es posible observar una continuidad fraccionada de las acciones emprendidas por el Estado. Por un lado, existen programas que han mantenido su continuidad a lo largo del tiempo, sin embargo, las políticas que guían el enfoque de los programas y proyectos han sufrido transformaciones importantes en espacios de tiempo más reducidos (Figuras 23 y 24).

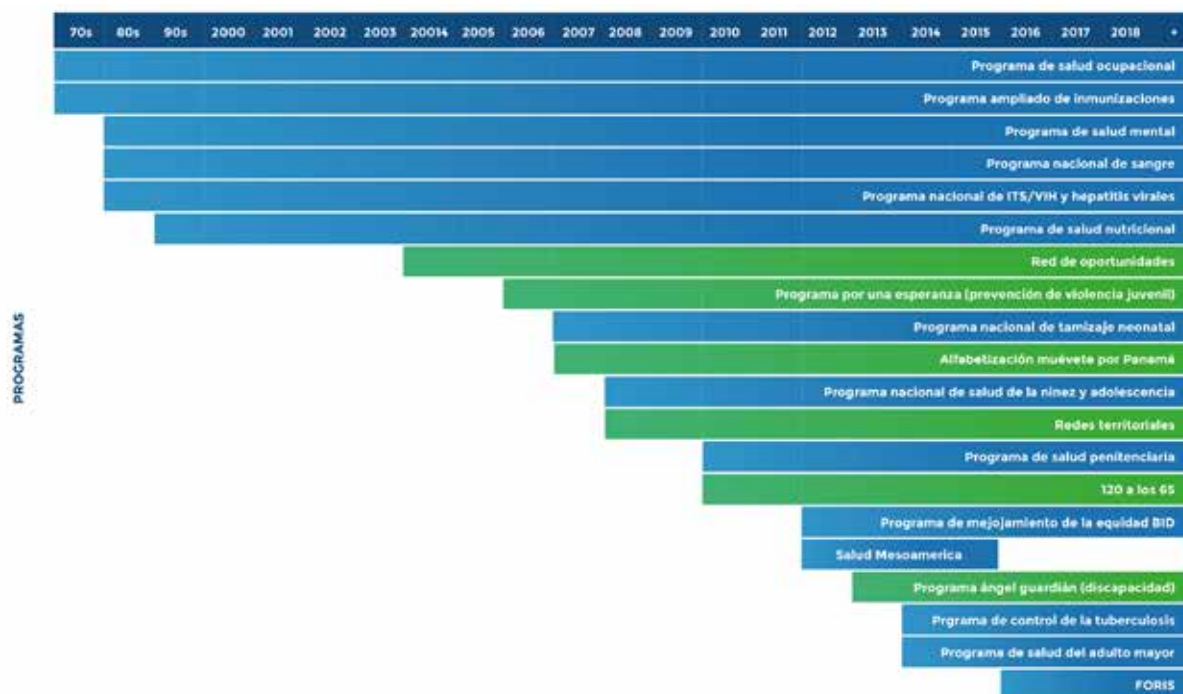


Figura 23 Línea del tiempo de políticas sociales y de salud en Panamá



Fuente: Elaboración propia a partir de información pública en las páginas oficiales del MINSa, MIDES, MEF, MEDUCA y la gaceta oficial del gobierno de Panamá

Figura 24 Línea del tiempo de programas sociales y de salud en Panamá



Fuente: Elaboración propia a partir de información pública en las páginas oficiales del MINSa, MIDES, MEF, MEDUCA y la gaceta oficial del gobierno de Panamá

Los principales programas dirigidos a disminuir la pobreza son la “Red de Oportunidades” y el programa “120 a los 70”, ambos gestionados y liderados por el Ministerio de Desarrollo Social. La Red de Oportunidades es un programa de transferencias condicionadas que articula la oferta de servicios de distintas instituciones del Estado como lo son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

El programa consiste en la entrega directa a jefas de familia de los hogares en pobreza extrema de una transferencia de \$50 USD mensuales condicionada a la utilización de los servicios de salud, educación, habitabilidad y desarrollo de capacidades (14) y actualmente 72.563 hogares beneficiados (15). Por su parte, el programa de 120 a los 70 consiste en una ayuda de \$120 USD a las personas mayores de 70 años sin derecho a una pensión, ayuda condicionada a la asistencia a controles de salud, actividades psicológicas y médicas de carácter informativo (14). Ambos programas han permanecido vigentes durante los últimos doce años, impactando en el ingreso per cápita de la población más vulnerable (13).

Por su parte el Ministerio de Salud, creado en 1960 bajo el lema “salud igual para todos”, ha promovido e integrado en sus estrategias de salud pública el modelo de atención primaria en salud (16), el cual, durante la década de los setenta contó con una gran participación comunitaria (17). Sin embargo, la fragmentación del sistema y los constantes cambios en los modelos de atención, han provocado una discontinuidad a los procesos de prevención y promoción de la salud en las comunidades, dando como resultado una tangible desigualdad en resultados y acceso a servicios de salud.

No obstante, cabe destacar que en años recientes, el Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos por comprender los retos en materia de desigualdad, destinando recursos a la realización de estudios específicos en la materia como lo fue el informe llamado “*Desigualdades en salud en la República de Panamá*” del año 2016 (12), y ha incorporado en la política nacional de salud del país objetivos específicos en materia de equidad (18).

Actualmente, las estrategias y programas dirigidos a mejorar las condiciones y los servicios de atención primaria de salud son: el control de salud de menores, las campañas masivas de vacunación, los programas de nutrición, el mejoramiento de los servicios básicos en especial los referentes a agua potable y saneamiento (13). Así como las estrategias promovidas por la Organización Panamericana de la Salud: Salud para todos (RSPT) (19) y Cobertura y Acceso Universal.

Si bien el Estado panameño ha hecho esfuerzos importantes en los últimos años por articular políticas y programas de desarrollo que permitan la movilidad social y generen las condiciones de una vida digna para todos, aún queda camino por recorrer para lograr la equidad social. Se observa que aún hacen falta espacios de articulación institucional, mayor coordinación entre los niveles de planificación y operación de las iniciativas gubernamentales y espacios de articulación con otros actores sociales como lo son las organizaciones ciudadanas y las universidades o centros de investigación.





CAPÍTULO 5 RETOS PARA LOGRAR LA EQUIDAD EN SALUD SOSTENIBLE EN PANAMÁ

La salud de la población tiene un papel fundamental en el desarrollo económico y social del país, por lo que las desigualdades en salud son un obstáculo al bienestar y crecimiento de Panamá. Si bien durante los últimos años el país ha remontado en sus indicadores de salud y bienestar social, el presente estudio visibiliza los claroscuros del proceso, poniendo en evidencia que las mejoras no se han visto reflejadas en todas las regiones del país.

De los indicadores analizados se concluye que en Panamá las desigualdades sociales, ilustradas por el Índice de desarrollo sostenible, se traducen en desigualdades en salud. Reflejando un patrón donde la población de la Comarca Guna Yala, la Comarca Ngäbe Bugle, la Comarca Emberá y la Provincia del Darién son quienes se están quedando atrás en el compromiso del Estado de garantizar una vida sana y bienestar social para todos. Así mismo, el enfoque con el que se realizó el estudio permite conocer a mayor detalle la magnitud y profundidad de las desigualdades en salud en cada etapa del curso de vida y en cada Provincia y Comarca Indígena.

El análisis que consideró indicadores para cada etapa del curso de vida denota desigualdades relevantes entre las Provincias y Comarcas Indígenas según su nivel de desarrollo sostenible. En el caso del inicio temprano de la vida, etapa fundamental del ciclo vital y en el desarrollo del capital humano futuro, los indicadores de mortalidad materna; atención cualificada del parto; mortalidad en menores de 5 años y morbilidad atendida por enfermedades nutricionales en menores de 5 años ponen en evidencia que el inicio temprano de la vida es la etapa con desigualdades de mayor magnitud y que esta situación no ha mejorado entre el 2008 y el 2016.

Por su parte, los indicadores seleccionados para ilustrar la etapa de adolescencia y juventud señalan la necesidad de atender la salud sexual y reproductiva de la población en las Comarcas Indígenas ya que es ahí donde se reportan mayores casos de morbilidad por enfermedades por transmisión sexual, de fecundidad adolescente y promedios muy inferiores al promedio nacional en la atención cualificada del parto en adolescentes. Por su parte, el indicador de homicidios de jóvenes entre 15 y 29 años deja en evidencia que son las zonas con mayor desarrollo urbano y en especial la Provincia de Colón donde se observa una importante concentración de homicidios en este grupo poblacional.

En la etapa del ciclo de vida de la edad adulta, los indicadores seleccionados reflejan desigualdades de menor magnitud en relación con las otras etapas. Sin embargo, se observan diferencias importantes

entre los resultados de los indicadores seleccionados, por ejemplo, los indicadores referentes a mortalidad por enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, ponen en evidencia la necesidad de fortalecer acciones de prevención sobre todo en las Provincias del país más desarrolladas y dónde se observa una transición epidemiológica. Mientras que el indicador de morbilidad atendida por tuberculosis pone en evidencia la urgente necesidad de atender a la población de la Comarca Emberá, dónde existen 17.6 veces más casos que en el promedio del país. Finalmente resulta relevante mencionar que los promedios nacionales de todos los indicadores seleccionados para ilustrar a esta etapa del ciclo de vida aumentaron considerablemente entre el 2008 y el 2016.

Los indicadores para la etapa de la adultez mayor exhiben avances en materia de equidad, sobre todo en el indicador de mortalidad del adulto mayor por desnutrición dónde se reporta una disminución tanto en términos absolutos como relativos entre el 2008 y el 2016. No obstante, todos los indicadores seleccionados para esta etapa del ciclo de vida reportan aumentos en los promedios nacionales, por lo que resulta evidente el fortalecer los esfuerzos de prevención y atención oportuna.

Por otro lado, el estudio también refleja las desigualdades en relación con la población indígena. Por un lado, resulta evidente que son las Comarcas Indígenas y las Provincias con mayor porcentaje de población indígena las que tienen un menor índice de desarrollo sostenible, y por otro, los indicadores seleccionados para el estudio dejan en evidencia que son las mismas Comarcas Indígenas las que tienen menor acceso a servicios y mayores problemáticas de salud. Por lo tanto, parece que, en Panamá, el ser indígena no solo implica limitaciones en términos de desarrollo sostenible, sino que tiene consecuencias en el goce de una vida saludable.

Los indicadores de esperanza de vida al nacer y disponibilidad de personal médico y de enfermería ilustran muy bien cómo la población indígena se encuentra en una desventaja considerable respecto de la población no indígena del país. Ante esta situación, se propone articular esfuerzos para visibilizar y conocer la situación de las poblaciones indígenas de Panamá, promoviendo estudios que permitan profundizar el conocimiento sobre las necesidades y expectativas de estas poblaciones. Se propone también diseñar políticas públicas en salud focalizadas desde un abordaje del reconocimiento de la diversidad cultural y promoviendo la participación social. Y la generación de incentivos para el personal médico y enfermería que realiza su práctica en regiones rurales e indígenas con menor acceso a servicios que en las zonas más desarrolladas de Panamá, impulsando una mejor distribución de los recursos con los que cuenta el país.

Finalmente, al contextualizar los resultados del estudio con la situación institucional de Panamá, resulta evidente la necesidad de fortalecer los medios y capacidades institucionales para la articulación de acciones encaminadas a promover el desarrollo sostenible de toda la población. En este sentido, resulta importante fortalecer la gobernabilidad del Gabinete Social y su Secretaría Técnica con la finalidad de que se conviertan en un ente rector para las acciones del Estado en materia de desarrollo.

Así mismo, el análisis refleja la necesidad de articular el nivel de planificación y el nivel operativo en las instituciones de desarrollo social y salud, además de fortalecer las capacidades institucionales de monitoreo y evaluación de los programas implementados de manera que se cuente con mayores insumos para el diseño e implementación de programas y proyectos basados en evidencia. Y finalmente se destaca la necesidad de promover la participación social para acabar con las desigualdades sociales en salud de manera que sea sostenible en el tiempo. Se concluye, por tanto, que la situación injusta de desigualdad demanda una acción política creativa, cooperativa y cercana a las poblaciones más vulnerables.

A manera de resumen, y con la finalidad de aportar en el debate y construcción de soluciones ante las profundas desigualdades en salud que se viven en Panamá, se enumeran una serie de recomendaciones basadas en los resultados del presente estudio:

Figura 25 Recomendaciones para disminuir las desigualdades sociales en salud en Panamá

Etapa del ciclo de vida	Recomendaciones
Inicio temprano de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Atender con especial atención a la población de las Comarcas Indígenas y el Darién, sobre todo en lo relativo a la atención cualificada del parto y a la salud de los menores de 5 años. • Aprovechar el conocimiento de los distritos con menor cobertura de DPT3, atendiendo con especial atención a la Provincia de Bocas del Toro para lograr la equidistribución en las inmunizaciones.
Adolescencia y juventud	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar y articular medidas para mejorar el acceso a la atención cualificada del parto de la población joven del país, con especial énfasis en las regiones con menor desarrollo sostenible. • Promover la salud sexual y reproductiva en las Comarcas Indígenas desde una perspectiva intercultural que permita conectar con la población para evitar el aumento y disminuir el promedio de las enfermedades de transmisión sexual y fertilidad adolescente. • Promover acciones intersectoriales para la prevención de la violencia en las zonas urbanas, especialmente en la Provincia de Colón.
Edad adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Atender de manera focalizada la tuberculosis en la comarca Emberá. • Articular acciones encaminadas a disminuir los promedios nacionales de enfermedades no transmisibles al mismo tiempo que se cierren las brechas de desigualdad.

Etapa del ciclo de vida	Recomendaciones
Adulthood mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Articular acciones encaminadas a disminuir los promedios nacionales de enfermedades no transmisibles y de mortalidad por desnutrición al mismo tiempo que se cierren las brechas de desigualdad.
Población indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Articular acciones para conocer a mayor profundidad la situación de salud de las poblaciones indígenas. • Visibilizar la situación de las poblaciones indígenas y articular acciones en salud focalizadas. • Diseñar políticas públicas en salud para atender a las poblaciones indígenas que partan desde un abordaje de la interculturalidad y la participación social.
Articulación y fortalecimiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Generar y promover incentivos para el personal médico y de enfermería que realiza su labor profesional en las zonas rurales e indígenas. • Adoptar el enfoque de los determinantes sociales de la salud de manera transversal en las políticas y programas de salud pública. • Fortalecer la gobernabilidad del Gabinete Social y su Secretaría Técnica con la finalidad de que se conviertan en un ente rector para las acciones del Estado en materia de desarrollo sostenible. • Fortalecer las capacidades institucionales de monitoreo y evaluación de los programas implementados de manera que se cuente con mayores insumos para el diseño e implementación de programas y proyectos basados en evidencia. • Promover mecanismos de participación social.

Como un primer estudio de desigualdades en salud en el País, se reconoce que existieron limitaciones y obstáculos durante el proceso de la recolección de datos debido al fraccionamiento del sistema de salud panameño. Los datos no son exhaustivos por lo que sería posible ampliar el análisis con otros indicadores y a un nivel mayor de desagregación geográfica, con el objetivo de conocer a mayor detalle la situación de desigualdades sociales en salud y contar en elementos para el diseño de políticas públicas focalizadas.

Se reconoce que el esfuerzo conjunto entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Panamá es un primer ejercicio para el monitoreo de desigualdades sociales, que permita, en un futuro generar capacidades institucionales para observar los resultados y el acceso a servicios de salud desde una óptica de equidad impactando en la mejora de las condiciones de salud para toda la población sin importar su raza, edad, sexo y ubicación geográfica, así como la promoción de un desarrollo sostenible para todos.



Anexos

Anexo 1a: Panel de datos interprovinciales para el inicio temprano de la vida

c.2008

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad		Resultados en salud		Acceso a servicios		
	pop nv	pop5	IDS	% indígena	rmm	tm5	parto	nutri5	dtp
Comarca Ngäbe Buglé	5,181	19,188	0.000		230.0	54.6	41.3		
Comarca Guna Yala	185	1,203	0.187		0.0	48.8	50.3		
Comarca Emberá	918	3,774	0.257		330.0	60.0	74.6		
Darién	962	4,891	0.574		0.0	38.2	83.4		
Bocas del Toro	3,835	13,232	0.674		50.0	43.9	86.7		
Veraguas	4,101	18,361	0.731		50.0	19.0	90.1		
Coclé	4,216	20,098	0.839		20.0	19.1	86.9		
Chiriquí	8,112	32,892	0.850		10.0	19.4	98.5		
Herrera	1,480	7,375	0.866		0.0	13.7	99.1		
Los Santos	1,068	5,148	0.876		90.0	19.3	99.4		
Colón	5,435	21,569	0.896		170.0	17.6	96.5		
Panamá	33,266	261,713	0.998		40.0	14.3	99.1		

c.2016

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad		Resultados en salud		Acceso a servicios		
	pop nv	pop5	IDS	% indígena	rmm	tm5	parto	nutri5	dtp
Comarca Ngäbe Buglé	6,768	31,865	0.000	100.000	162.5	43.7	60.4	33.9	80.8
Comarca Guna Yala	589	5,992	0.295	100.000	339.6	43.0	91.7	172.9	94.7
Comarca Emberá	169	1,677	0.373	100.000	0.0	41.4	69.8	0.0	33.1
Darién	970	6,115	0.669	24.256	206.2	34.3	90.1	82.7	92.4
Bocas del Toro	4,235	22,381	0.714	53.407	70.8	38.1	93.1	25.4	59.6
Veraguas	4,024	22,887	0.762	4.077	24.9	16.5	93.7	28.8	83.1
Coclé	4,194	23,409	0.828	0.857	23.8	16.0	94.4	23.8	81.1
Chiriquí	8,153	43,274	0.865	8.162	36.8	17.4	99.2	18.0	74.1
Herrera	1,611	7,841	0.888	1.069	124.1	11.8	99.4	13.9	73.8
Los Santos	1,068	5,542	0.910	1.100	0.0	17.4	99.6	7.6	79.5
Colón	5,560	30,334	0.910	2.695	18.0	14.8	97.4	14.5	81.4
Panamá	31,484	169,408	0.997	3.813	31.2	11.6	99.4	12.4	82.4

Anexo 1b: Desigualdad relativa y absoluta de los indicadores del inicio temprano de la vida

Indicador	Promedio			IDP			ICx		
	2008	2016	A	2008	2016	A	2008	2016	A
rmm	64.1	52.0	-0.26	-204.9	-209.7	0.03	-25.7	-40.4	0.57
tm5	21.5	18.6	-0.18	-60.7	-54.1	-0.14	-28.8	-29.7	0.04
parto	91.8	94.1	0.03	71.3	53.0	-0.37	-72.4	-74.7	0.04
dpt		79.7			7.6			-6.3	
nutri5		21.2			-75.4			-31.5	

Anexo 2a: Panel de datos interprovinciales para la adolescencia y juventud

c.2008

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad IDS	Resultados en salud		Acceso a servicios	
	pop 15-29	popnv 15-19		fec 15-19	homi 15-29	parto 15-19	ets 15-24
Comarca Ngäbe Buglé	39,996	1,078	0.000	101.1	5.0	53.2	
Comarca Guna Yala	2,418	55	0.187	103.7	0.0	61.8	
Comarca Emberá	9,142	208	0.257	118.8	0.0	83.7	
Darién	11,625	278	0.574	116.2	17.2	86.3	
Bocas del Toro	31,225	1,028	0.674	119.0	0.0	89.2	
Veraguas	55,469	754	0.731	61.3	16.2	90.7	
Coclé	58,013	776	0.839	67.4	10.3	89.3	
Chiriquí	103,768	1,645	0.850	79.2	9.6	98.4	
Herrera	25,586	277	0.866	60.0	3.9	98.9	
Los Santos	20,343	179	0.876	54.6	9.8	99.4	
Colón	64,211	1,060	0.896	85.5	118.4	96.8	
Panamá	890,536	5,408	0.998	60.9	27.7	99.0	

c.2016

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad IDS	Resultados en salud		Acceso a servicios	
	pop 15-29	popnv 15-19		fec 15-19	homi 15-29	parto 15-19	ets 15-24
Comarca Ngäbe Buglé	61,259	1,735	0.000	92.7	3.3	66.0	0.1
Comarca Guna Yala	12,930	123	0.295	114.3	0.0	93.5	4.4
Comarca Emberá	3,658	45	0.373	99.2	27.3	73.3	0.0
Darién	16,993	250	0.669	109.5	17.7	91.2	896.0
Bocas del Toro	43,447	1,074	0.714	106.1	11.5	94.4	20.7
Veraguas	66,164	704	0.762	58.1	4.5	92.5	254.2
Coclé	70,758	741	0.828	64.3	8.5	95.4	223.9
Chiriquí	110,000	1,561	0.865	77.9	10.9	98.9	164.6
Herrera	28,942	238	0.888	56.8	3.5	100.0	258.1
Los Santos	20,987	170	0.910	50.7	0.0	100.0	1938.2
Colón	71,296	1,105	0.910	81.6	36.5	97.1	20.5
Panamá	484,475	5,773	0.997	58.7	28.9	99.3	23.8

Anexo 2b: Desigualdad relativa y absoluta de los indicadores de adolescencia y juventud

Indicador	Promedio			IDP			ICx		
	2008	2016	A	2008	2016	A	2008	2016	A
fec	68.1	69.1	0.00	-58.7	-60.0	-0.03	-10.3	-9.7	0.08
mho	27.1	20.1	0.40	111.1	35.8	1.42	26.8	36.7	-0.39
acpa	92.3	93.6	0.00	60.6	53.6	0.16	-67.8	-71.7	-0.07
its		130.0			-168.0			-21.8	

Anexo 3a: Panel de datos interprovinciales para la edad adulta

c.2008

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad	Resultados en salud			Acceso a servicios
	pop 30-59	muj 30-59		IDS	cardio 30-59	vih 30-59	
Comarca Ngäbe Buglé	31,484	17,425	0.000	19.1	3.2	28.7	
Comarca Guna Yala	2,128	978	0.187	0.0	0.0	0.0	
Comarca Emberá	9,989	5,892	0.257	20.0	40.0	0.0	
Darién	12,528	5,180	0.574	23.9	16.0	38.6	
Bocas del Toro	30,849	15,357	0.674	25.9	13.0	19.5	
Veraguas	73,451	34,159	0.731	24.5	6.8	2.9	
Coclé	75,352	36,351	0.839	34.5	19.9	0.0	
Chiriquí	148,123	73,994	0.850	25.0	8.1	10.8	
Herrera	41,631	20,926	0.866	45.5	2.4	4.8	
Los Santos	34,631	17,102	0.876	60.6	5.8	5.8	
Colón	83,086	40,926	0.896	37.3	78.2	22.0	
Panamá	1,329,713	670,903	0.998	16.3	15.8	4.9	

c.2016

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional		Estratificador de equidad	Resultados en salud			Acceso a servicios
	pop 30-59	muj 30-59		IDS	cardio 30-59	vih 30-59	
Comarca Ngäbe Buglé	42,315	23,359	0.000	4.7	44.9	12.8	54.4
Comarca Guna Yala	8,504	5,104	0.295	35.3	35.3	19.6	529.2
Comarca Emberá	2,960	1,352	0.373	0.0	0.0	74.0	0.0
Darién	14,781	6,185	0.669	27.1	6.8	16.2	67.7
Bocas del Toro	47,002	23,032	0.714	27.7	29.8	17.4	55.3
Veraguas	75,143	34,712	0.762	21.3	8.0	5.8	25.3
Coclé	86,298	41,702	0.828	34.8	19.7	16.8	12.7
Chiriquí	154,461	77,390	0.865	24.6	13.6	18.1	20.7
Herrera	43,402	21,640	0.888	20.7	9.2	9.2	6.9
Los Santos	36,761	18,031	0.910	32.6	8.2	5.5	10.9
Colón	96,554	47,726	0.910	53.9	53.9	31.4	5.2
Panamá	892,218	449,121	0.997	33.8	22.2	10.7	30.5

Anexo 3b: Desigualdad relativa y absoluta de los indicadores de la edad adulta

Indicador	Promedio			IDP			ICx		
	2008	2016	A	2008	2016	A	2008	2016	A
cv	20.7	32.1	-0.50	-20.1	26.1	-0.33	-14.8	10.6	0.42
vih	17.1	22.5	-0.30	12.5	-3.6	1.55	9.6	5.0	0.81
ccx	6.7	13.2	-0.90	-15.0	-7.7	0.84	-20.9	-7.3	1.31
tb		30.0			-48.6			-13.4	

Anexo 4a: Panel de datos interprovinciales para la adultez mayor

c.2008

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional	Estratificador de equidad		Resultados en salud		Acceso a servicios	
		IDS	IDH	diab 60+	dnt 60+	nutri 60+	dem 60+
	pob 60+						
Comarca Ngäbe Buglé	6,892	0.000		0.0	43.5		
Comarca Guna Yala	637	0.187		0.0	0.0		
Comarca Emberá	3,876	0.257		0.0	77.4		
Darién	3,524	0.574		28.4	0.0		
Bocas del Toro	5,476	0.674		200.9	18.3		
Veraguas	27,014	0.731		107.4	22.2		
Coclé	24,891	0.839		172.8	12.1		
Chiriquí	43,787	0.850		285.5	9.1		
Herrera	15,844	0.866		145.2	6.3		
Los Santos	15,346	0.876		149.9	6.5		
Colón	18,517	0.896		448.2	27.0		
Panamá	293,073	0.998		133.1	3.8		

c.2016

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional	Estratificador de equidad		Resultados en salud		Acceso a servicios	
		IDS	IDH	diab 60+	dnt 60+	nutri 60+	dem 60+
	pob 60+						
Comarca Ngäbe Buglé	10,587	0.000	0.377	18.9	18.9	1.0	28.3
Comarca Guna Yala	5,041	0.295	0.440	79.3	0.0	35.7	39.7
Comarca Emberá	912	0.373	0.523	0.0	0.0	0.0	0.0
Darién	5,362	0.669	0.664	55.9	37.3	3.5	74.6
Bocas del Toro	8,776	0.714	0.691	250.7	22.8	0.2	0.0
Veraguas	34,101	0.762	0.718	152.5	26.4	3.7	164.2
Coclé	31,840	0.828	0.723	191.6	9.4	6.3	232.4
Chiriquí	60,303	0.865	0.767	296.8	1.7	0.4	48.1
Herrera	19,805	0.888	0.777	161.6	15.1	2.3	60.6
Los Santos	19,295	0.910	0.793	238.4	10.4	5.5	564.9
Colón	25,591	0.910	0.770	347.8	11.7	4.2	31.3
Panamá	229,625	0.997	0.833	221.7	19.2	2.2	81.4

Anexo 4b: Desigualdad relativa y absoluta de los indicadores de la adultez mayor

Indicador	Promedio			IDP			ICx		
	2008	2016	A	2008	2016	A	2008	2016	A
dm	158.6	221.4	-0.40	7.6	161.4	-3.84	-4.5	5.6	-0.29
mdes	8.3	15.7	-0.80	-36.3	2.2	3.51	-41.8	9.4	1.88
des		3.0			-5.4			-18.1	
dem		107.3			-5.2			-1.2	

Anexo 5a: Panel de datos interprovinciales para la población total

c.2008

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional			Estratificador de equidad	Resultados en salud			Acceso a servicios	
	pop t	pop h	pop m		IDS	evn	evn h	evn m	rmh
Comarca Ngäbe Buglé	143,189	69,979	73,210	0.000	67.8	66.0	69.7	0.12	0.06
Comarca Guna Yala	9,431	4,890	4,541	0.187	68.1	66.1	70.3		
Comarca Emberá	37,212	17,410	19,802	0.257	69.7	66.5	73.1	0.50	0.58
Darién	45,326	24,868	20,458	0.574	72.2	69.3	75.3	0.68	0.68
Bocas del Toro	113,180	57,779	55,401	0.674	71.4	69.9	73.0	0.76	0.92
Veraguas	225,619	118,847	106,772	0.731	75.5	73.1	78.0	0.87	0.89
Coclé	232,557	120,083	112,474	0.839	75.7	73.1	78.4	0.90	0.95
Chiriquí	418,519	212,192	206,327	0.850	77.1	73.6	80.9	1.20	1.28
Herrera	111,647	56,637	55,010	0.866	77.2	73.9	80.6	1.56	1.88
Los Santos	90,259	45,716	44,543	0.876	77.5	73.8	81.4	1.58	1.68
Colón	243,115	123,083	120,032	0.896	73.5	70.3	76.9	0.89	0.84
Panamá	3,450,579	1,720,499	1,730,080	0.998	78.4	75.7	81.3	1.79	1.40

c.2016

Provincia o comarca indígena	Talla poblacional			Estratificador de equidad	Resultados en salud			Acceso a servicios	
	pop t	pop h	pop m		IDS	evn	evn h	evn m	rmh
Comarca Ngäbe Buglé	203,185	100,004	103,181	0.000	70.8	68.8	72.8	0.14	0.10
Comarca Guna Yala	43,274	20,980	22,294	0.295	72.0	68.8	75.2	0.60	0.58
Comarca Emberá	12,041	6,363	5,678	0.373	70.8	68.6	73.0	0.17	0.08
Darién	55,055	29,795	25,260	0.669	74.4	71.5	77.5	0.53	0.45
Bocas del Toro	160,994	82,470	78,524	0.714	73.6	71.9	75.3	0.69	0.92
Veraguas	245,284	127,428	117,856	0.762	77.3	74.7	79.9	1.13	1.55
Coclé	259,322	132,277	127,045	0.828	77.3	74.6	80.1	1.17	1.47
Chiriquí	454,083	228,442	225,641	0.865	78.6	75.0	82.3	1.58	1.80
Herrera	118,334	59,351	58,983	0.888	78.6	75.4	82.0	2.08	3.38
Los Santos	95,291	47,928	47,363	0.910	78.9	75.2	82.8	1.82	2.13
Colón	281,094	142,427	138,667	0.910	75.4	72.2	78.8	0.86	0.88
Panamá	2,109,086	1,048,579	1,060,507	0.997	79.7	76.8	82.6	1.98	1.44

Anexo 5b: Desigualdad relativa y absoluta de los indicadores de la población total

Indicador	Promedio			IDP			ICx		
	2008	2016	A	2008	2016	A	2008	2016	A
evn	77.2	78.0	0.00	10.8	11.3	-0.05	-69.2	-60.2	0.17
evh	74.4	75.2	0.00	10.3	10.2	0.01	-64.9	-55.2	0.20
evm	80.1	81.0	0.00	11.4	12.3	-0.10	-71.2	-60.9	0.20
md	1.5	1.6	0.00	2.1	2.5	-0.26	21.7	19.9	0.11
rn	1.3	1.4	-0.10	1.2	1.3	-0.03	12.5	5.6	1.02

Anexo 6: Distribución de la desigualdad absoluta y relativa por tercil de población según el índice de desarrollo sostenible

2008

estratificador social: índice de desarrollo sostenible

Indicador	nacional			tercil más bajo			tercil mediano			tercil más alto		
	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx
mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos)	21.5	-60.7	-28.8	53.0	-36.6	-3.8	23.9	-49.3	-27.0	14.8	-4.2	2.7
asistencia cualificada del parto (x 100 nacidos vivos)	91.8	71.3	-72.4	51.3	71.5	20.4	92.1	16.8	2.5	98.8	3.1	2.7
fecundidad en adolescentes (x 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	68.1	-58.7	-10.3	106.7	28.7	4.5	77.6	-16.1	-17.0	62.4	-24.5	2.7
asistencia cualificada del parto en adolescentes (x 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)	92.3	60.6	-67.8	63.1	59.1	14.7	93.1	13.7	1.9	98.7	2.7	2.7
esperanza de vida al nacer (años)	77.2	10.8	-69.2	69.0	6.5	-10.8	75.8	5.4	-38.7	78.1	6.1	-42.2
disponibilidad de profesionales médicos (x 1.000 habitantes)	1.52	2.07	21.7	0.45	1.06	52.5	1.10	0.78	9.5	1.73	1.40	2.7

2016

Indicador	nacional			tercil más bajo			tercil mediano			tercil más alto		
	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx
mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos)	18.6	-54.1	-29.7	42.5	-34.4	-4.7	21.2	-44.4	-26.8	12.2	-4.9	1.2
asistencia cualificada del parto (x 100 nacidos vivos)	94.1	53.0	-74.7	66.2	55.7	12.8	95.9	9.3	1.2	99.1	2.3	-0.1
fecundidad en adolescentes (x 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	69.1	-60.0	-9.7	98.9	32.6	5.8	74.8	-11.6	-14.4	61.2	-20.6	2.6
asistencia cualificada del parto en adolescentes (x 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)	93.6	53.6	-71.7	70.6	47.4	10.3	96.0	7.7	1.2	99.0	2.5	-0.3
esperanza de vida al nacer (años)	78.0	11.3	-60.2	71.6	5.0	-9.9	77.3	5.0	-39.3	79.1	5.1	-23.0
disponibilidad de profesionales médicos (x 1.000 habitantes)	1.57	2.55	19.9	0.27	0.70	40.6	1.26	1.07	21.9	1.86	1.15	-3.9

delta (reducción porcentual anual)

Indicador	nacional			tercil más bajo			tercil mediano			tercil más alto		
	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx
mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos)	-1.80	-1.42	0.38	-2.75	-0.77	2.75	-1.49	-1.31	-0.11	-2.44	1.73	-10.32
asistencia cualificada del parto (x 100 nacidos vivos)	0.30	-3.71	0.39	3.17	-3.12	-5.84	0.50	-7.33	-8.78	0.04	-3.94	-41.20
fecundidad en adolescentes (x 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	0.18	0.27	-0.83	-0.95	1.60	3.13	-0.46	-4.11	-2.12	-0.24	-2.14	-0.38
asistencia cualificada del parto en adolescentes (x 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)	0.17	-1.55	0.69	1.41	-2.76	-4.38	0.38	-7.25	-5.17	0.04	-1.09	-25.70
esperanza de vida al nacer (años)	0.13	0.47	-1.73	0.46	-3.15	-1.08	0.25	-0.93	0.20	0.17	-2.23	-7.60
disponibilidad de profesionales médicos (x 1.000 habitantes)	0.40	2.60	-1.06	-6.16	-5.23	-3.21	1.73	3.99	10.38	0.93	-2.48	4.69

Anexo 6 b: Distribución de la desigualdad absoluta y relativa por tercil de porcentaje de población indígena

2016

estratificador social: porcentaje de población indígena

Indicador	tercil más alto			tercil mediano			tercil más bajo		
	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx	media	IDP	ICx
mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos)	41.6	-23.3	-3.9	13.6	-20.0	-31.3	15.0	2.2	1.2
asistencia cualificada del parto (x 100 nacidos vivos)	73.9	62.0	14.0	98.6	4.4	1.2	96.8	-4.3	-0.4
fecundidad en adolescentes (x 1.000 mujeres de 15 a 19 años)	100.1	24.7	4.9	63.3	-35.4	-18.9	68.4	-27.2	-10.1
asistencia cualificada del parto en adolescentes (x 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años)	77.5	54.2	11.6	98.4	5.2	2.6	97.1	-2.1	0.0
esperanza de vida al nacer (años)	72.0	4.9	-10.2	79.2	3.6	-71.7	77.0	2.9	-29.4
disponibilidad de profesionales médicos (x 1.000 habitantes)	0.4	1.0	45.9	1.8	1.2	38.5	1.3	0.6	18.8

Bibliografía

1. PAHO. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna: PAHO; 2018.
2. CSDH. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Mujica O, Moreno C, Ulloa C. Equidad en salud para el desarrollo sostenible: fortalecimiento capacidades institucionales para el monitoreo de desigualdades en salud. Hacia la salud universal en Panamá. 2018;; p. 12-17.
4. Mujica O, Moreno C. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. Pan-American journal of public health. 2019.
5. Holden E, Linnerud K, Banister D, Schwanitz V, Wireling A. The moral imperatives of sustainable development. In The imperatives of sustainable development: needs, equity, limits.
6. Banco Mundial. Banco Mundial. [Online].; 2018 [cited 2019 04. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/country/panama>.
7. PNUD. Atlas de Desarrollo Humano Local Panamá. Panamá;; 2015.
8. JMP. Desigualdades en materia de saneamiento y agua potable en América Latina y el Caribe. ; 2016.
9. Banco Mundial. Banco Mundial. [Online].; 2018 [cited 2019 agosto 11. Available from: https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&locations=ZJ-CL-PA-CR-UY&most_recent_year_desc=true&start=2018&type=shaded&view=bar.
10. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile;; 2018.
11. A. R. Programas de transferencias condicionadas, políticas sociales y combate a la pobreza en Panamá. 2010; Serie Políticas Sociales.
12. MINSA. Desigualdades en salud en la República de Panamá. Panamá;; 2016.
13. Consejo de la Concertación Nacional para el Desarrollo. Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado, Panamá 2030. Panamá;; 2017.
14. Rodríguez A. Sistemas de proyección Social en América Latina y el Caribe: Panamá. Santiago de Chile;; 2013.

-
15. MIDES. Ministerio de Desarrollo Social. [Online].; 2019. Available from: <https://www.mides.gob.pa/programas/red-de-oportunidades/>.
 16. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud: Una revisión de prácticas y tendencias. Panamá.; 2004.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en Panamá. Panamá.; 2004.
 18. MINSA. Política Nacional de Salud 2016-2025. Panamá.; 2016.
 19. MINSA. Plan Nacional de Promoción de la Salud 2016-2025. Panamá.; 2017.
 20. Banco Mundial y MEF. Pobreza y desigualdad en Panamá. Mapas a nivel de distritos y corregimientos. Ciudad de Panamá.; 2015.
 21. Casalino Rojo E OAEMOMC. Desigualdades sociogeográficas en la mortalidad materna en Perú: 2001-2015. 2018;(Rev Peru Med Exp Salud Publica).





ISBN 978-1-00-669015-0



9 781006 690150